

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Ärztetarife Arzt angestellt

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

finanz-profil GmbH & Co.KG , Carl Gitter

Karl Dietrich Str. 5 , 99428 Weimar

Telefon: +493644518018 , Telefax: 0 36 44/51 80 19

Levelnine

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname: Ärtetarife
Nachname: Arzt angestellt
Geburtsdatum: 01.01.1989
Geschlecht: Mann
Berufsgruppe: Mediziner/in angestellt
Status: Erwachsene/r (mit PPV Beitrag)

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.01.2026
Tarifarten: Krankenvollversicherung

Vorgeschlagene Tarife

Anhand Ihrer Vorgaben habe ich folgende Tarife aus über 35 privaten Krankenversicherungsanbietern für Sie ermittelt. Auf den folgenden Seiten werden die Tarife näher erläutert.

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
	MAS.Bonus URZ PVN	975,53 €
	JABest PVN	909,14 €
	VHV1A+ PVN	1.041,88 €
	AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	840,75 €
	Ärzte Best 100 PVN	847,33 €
	VA6-U Prem Zahn-U PVN	744,22 €

Wenn Sie Fragen zu den vorgeschlagenen Produkten haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Anhand Ihrer Angaben und Wünsche habe ich folgende Tarife für Sie ermittelt. Bitte beachten Sie auch die jeweiligen Versicherungsbedingungen.

					
MAS.Bonus 819,35 €	JABest 760,36 €	VHV1A+ 881,14 €	AM10 (Ärzte) 406,92 €	Ärzte Best 100 703,11 €	VA6-U 526,86 €
Kompakttarif 100%: ambulante Behandlung, Regel- u. Wahlleistungen (2-Bettzimmer, Wahlarzt), Zahnbehandlung 75%: Zahnersatz und Kieferorthopädie monatlicher Bonus von 60 EUR, der im Leistungsfall verrechnet wird Tarif für Ärzte/Zahnärzte, deren Ehegatten und Kinder AVB, Teil I (MB/KK 2009) + Teil II (TB/KK 2013)_PM 22u – 08.24_Teil III (Tarif MAS)_PM 5u – 08.24_Fassung Januar 2025 Beitragsstand: 01.01.2026	Kompakttarif für Humanmediziner, deren Ehegatten/Lebenspartner und Kinder 100%: ambulante Behandlungen, Regel- u. Wahlleistungen (1-Bettzimmer, Wahlarzt), Zahnbehandlung, Kieferorthopädie 90%: Zahnersatz AVB, Teil II_Tarif JABest_Stand: 01.04.2024 Beitragsstand: 01.01.2026	Kompakttarif für Ärzte, deren Ehegatten/Lebenspartner und Kinder sowie für Medizinstudenten Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 85% Psychotherapie Stationär: 100% Regelleistungen 100% Wahlleistungen (1- o. 2-Bettzimmer, Privatarzt) Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie Tarif ohne Selbstbehalt AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0123 DT + Teil III (Tarif VHV+)_K 4622 0125 DT Beitragsstand: 01.01.2026	Ambulanter Tarif mit 100% Erstattung - ohne Selbstbeteiligung Tarif für Humanmediziner und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen Kinder (von Humanmedizinern), die sich in Ausbildung befinden, sind nach AM10 (A) (Arztkinder) versicherbar (über "Altтарif hinzufügen" anzeigbar) AVB, Teil IIa_Stand: 01.01.2022_1.567ba/01.22 Neukunden ab Alter 56: zusätzlicher ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich Beitragsstand: 01.01.2026	Kompakttarif MB100 Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung Verbandmaterialien/Arzneimittel: 800 EUR Selbstbeteiligung p. a. Stationär: 100% Regel- u. Wahlleistungen (Wahlarzt + 1-/2-Bettzimmer) Zahn: 100% Zahnbehandlung 85% Zahnersatz 85% Kieferorthopädie AVB: B45139800Z0 + B4U273001Z0_01.21 - Januar 2021 Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige Beitragsstand: 01.01.2026	Ambulant: 100% Ambulante Heilbehandlung 100% Heilpraktiker 80-100% Psychotherapie Stationär: 100% 1- o. 2-Bettzimmer 100% Wahlärztliche Behandlung 100% Regelleistungen AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: Dezember 2020 + Teil II (TB 2012)_VK173 08.07.2020 21010438 (12.20) Teil III_Vertragsgrundlage 034_gültig ab 01/2025 Tarif für Ärzte und deren Familienangehörige Beitragsstand: 01.01.2025
URZ 1,50 €			S1 (Ärzte) 204,08 €		Prem Zahn-U 83,69 €
Auslandsreise-Zusatzversicherung: Auslandskrankenschutz bis zu 8 Wochen. Beitragsstand: 01.01.2019			Stationärer Tarif: - Regel- und Wahlleistungen (1- oder 2-Bettzimmer, Wahlarzt, Belegarzt) Tarif für Humanmediziner und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen Kinder (von Humanmedizinern), die sich in einer Ausbildung befinden, sind nach S1 (A) versicherbar (über "Altтарif hinzufügen" anzeigbar) Beitragsstand: 01.01.2026		Zahntarif: 100% Zahnbehandlung 90% Zahnersatz 90-100% Kieferorthopädie AVB: Teil I (MB/KK 2009), Stand: Dezember 2020 + Teil II (TB 2012)_VK173 08.07.2020 21010438 (12.20) Teil III_Vertragsgrundlage 038_gültig ab 01/2025 Beitragsstand: 01.01.2026

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

					
			Z9 88,48 € Zahntarif: - Zahnbehandlung/Prophylaxe: 100% - Zahnersatz: 90% - Kieferorthopädie: 90% Beitragsstand: 01.01.2025		
Gesetzlicher Zuschlag: 81,94 €	Gesetzlicher Zuschlag: 76,04 €	Gesetzlicher Zuschlag: 88,11 €	Gesetzlicher Zuschlag: 69,95 €	Gesetzlicher Zuschlag: 70,31 €	Gesetzlicher Zuschlag: 61,06 €
PVN 72,74 €	PVN 72,74 €	PVN 72,63 €	PPN 71,32 €	PVN 73,91 €	PVN 72,62 €
Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung Beitragsstand: 01.01.2026	Pflegepflichtversicherung. Beitragsstand: 01.01.2026
Gesamtbeitrag mtl.: 975,53 € Arbeitnehmeranteil mtl.: 487,76 € Effektivbeitrag inkl.SB mtl.: 487,76 €	909,14 € 454,57 € 454,57 €	1.041,88 € 520,94 € 520,94 €	840,75 € 420,37 € 420,37 €	847,33 € 423,67 € 423,67 €	744,22 € 372,11 € 372,11 €

Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

Übersicht der Leistungsstärke

Die folgende Übersicht soll Ihnen einen Überblick über die Leistungsstärke der angezeigten Tarife geben. Die Darstellung der Leistungsstärke basiert auf einer subjektiven Bewertung durch den Hersteller der Analysesoftware Levelnine und kann eine individuelle Beratung hinsichtlich der Eignung eines Produktes nicht ersetzen.

	 Hallesche ALH Gruppe	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE	 Barmenia EINFACH. MENSCHLICH.	 SDK Einfach für Ihr Leben da.	 Allianz	 AXA
	MAS.Bonus URZ PVN	JABest PVN	VHV1A+ PVN	AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	Ärzte Best 100 PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Selbstbehalt p.a.:						
SB Art *:						
Arbeitnehmeranteil:	487,76 €	454,57 €	520,94 €	420,37 €	423,67 €	372,11 €
Effektivbeitrag **::	487,76 €	454,57 €	520,94 €	420,37 €	423,67 €	372,11 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Erfüllte Beratungsschwerpunkte	3 von 3	3 von 3	3 von 3	3 von 3	3 von 3	3 von 3
GOÄ/GOZ						
Ambulant						
Vorsorge						
Heilpraktiker						
Psychotherapie						
Heil- und Hilfsmittel						
Stationär						
	2-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt	1-Bettzimmer Wahlarzt
Zahn						
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz	75 %	90 %	85 %	90 %	85 %	90 %
Kieferorthopädie	75 %	100 %	85 %	90 %	85 %	90 %

Erläuterung zur Darstellung:



7 - 9 grüne Level = hoher Leistungsumfang



4 - 6 blaue Level = mittlerer Leistungsumfang



1 - 3 rote Level = geringer Leistungsumfang

* SB Art: A: Ambulanter Selbstbehalt, S: Stationärer Selbstbehalt, Z: Selbstbehalt bei Zahnleistungen, %: Prozentualer Selbstbehalt

** Effektivbeitrag: Fiktiver monatlicher Beitrag inkl. 1/12 des jährlichen Selbstbehaltes.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

Erläuterung zur Darstellung:

- ✓ Kriterium erfüllt
- ✗ Dieser Leistungspunkt wurde gewünscht, jedoch bedingungsgemäß nicht erfüllt
- ⚠ Hier existiert ein wichtiger Hinweis. Bitte beachten Sie die ausführliche Leistungsbeschreibung.

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Selbstbeteiligung (SB)							
- SB max. € p.a. (Erwachsene)		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- Beispielhaft für Erw.: Eigenanteil bei 2.500 € ambulanten Kosten p.a.		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	500,00 €	0,00 €
- SB nur ambulant (bzw. keine SB)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- SB prozentual (bzw. keine SB)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- SB für Kinder reduziert (bzw. keine SB)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf SB angerechnet		✓ ⚠	✓	✓	✓	✓	✓
		Hinweis: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720 EUR (s. Punkt "Beitragsrückerstattung") auf den Erstattungsbetrag angerechnet.					
- Schutzimpfungen werden nicht auf SB angerechnet		✓ ⚠	✓	✓	✓	✓	✓
		Hinweis: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720 EUR (s. Punkt "Beitragsrückerstattung") auf den Erstattungsbetrag angerechnet.					
Haus-/Primärarztprinzip							
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- nachträglich "heilbar" (für Folgebehandlungen)?		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung unter 5.000 €		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Reduzierung Erstattung bei Nichteinhaltung auf ...%		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Gebührenordnung ambulant							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓	✓	✓	✓ ⚠	✓
		Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.					

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		  Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.					 Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.
Heilpraktiker							
Heilpraktiker					  Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.		  Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.
- xx % Erstattung		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %		100,00 %
- xx € Erstattung im Schnitt p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	1.000,00 € 		2.000,00 €
					Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie Digitale Gesundheitsanwendungen fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR.		
- mind. bis Höchstsatz GebüH							
- erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus)			 Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/ Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im GebüH aufgeführt sein.				 Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.
- alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte						 Hinweis: Osteopathie ist mitversichert.	 Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 Hallesche ALH Gruppe MAS.Bonus URZ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest PVN	 Barmenia EINFACH · MENSCHLICH. VHV1A+ PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Allianz Ärzte Best 100 PVN	 AXA VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Vorsorge							
- über gesetzliche Programme		✓	✓	✓	✓ 	✓	✓
					Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).		
- Schutzimpfungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Heilmittel							
Definition Heilmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- keine pauschalen Beschränkungen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kein tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis/keine Anlehnung an Beihilfe			✓	✓	✓		
- Auch keine sonstige Begrenzung (z. B. auf (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)			✓	✓			
- Logopädie durch Logopäden		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hilfsmittel							
Definition Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Erstattung in %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- max. Selbstbehalt p.a. €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
- offener Hilfsmittelkatalog		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- mindestens funktionale Standardausführung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- keine Beschränkungen der Bezugsart/Zusageerfordernis		✓		✓	✓		
- Atemmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Herzmonitor (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Beatmungsgerät (Heimgerät)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Heimdialysegerät			✓	✓	✓	✓	✓
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Hör-/Sprechgeräte		✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/Noiser.	✓ ⚠ Hinweis: Hörhilfen (Hörgeräte, apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden zu 100% ersetzt - bis max. 4.000 EUR für teimplantierte knochenverankerte Hörhilfen (BAHA-Hörhilfen) und 2.000 EUR für sonstige Hörhilfen - je Hörhilfe, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	✓ ⚠ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstausrüstung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung.
- Orthopädische Schuhe		✓	✓ ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen werden bis 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	✓ ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.
- Blindenhund o. Blindenleitgerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Blindenlese-/Vorlesegerät		✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung	📱	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Perücken werden bis max. 600 EUR je Perücke erstattet.	✓
- Prothesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Kunstaugen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Orthesen		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sehhilfen							
- Erstattung xx €		unbegrenzt ⚠ Hinweis: Lt. Infoblatt 01.14 (nicht Bestandteil der Vertragsbedingungen): Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derzeit sind dies 180 EUR für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 EUR – bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%.	500,00 €	400,00 € ⚠ Hinweis: ab 8 Dioptrien: 600 EUR	1.000,00 €	400,00 €	300,00 € ⚠ Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschl. Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wie folgt erstattet: - Einstärkengläser/ Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/ Mehrstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR
- Anspruch mind. alle ... Monate		12	24	24	36	24	24
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung							
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung		3.000,00 €	5.000,00 €	4.000,00 € ⚠ Hinweis: frühestens nach 2 Jahren	6.000,00 € ⚠ Hinweis: frühestens nach 36 Monaten	unbegrenzt	unbegrenzt
Psychotherapie							
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt ⚠ Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.	unbegrenzt	unbegrenzt

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 Hallesche ALH Gruppe MAS.Bonus URZ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest PVN	 Barmenia EINFACH · MENSCHLICH. VHV1A+ PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Allianz Ärzte Best 100 PVN	 AXA VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalt							
						Hinweis: Pro Versicherungsfall sind 100% der Aufwendungen für die 1. bis zur 30. Sitzung, 70% der Aufwendungen ab der 31. Sitzung erstattungsfähig.	Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage							
						Hinweis: Ohne Zusage sind nur psychotherapeutische Sitzungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten mit GKV-Zulassung oder durch approbierte Ärzte erstattungsfähig (keine Begrenzung Sitzungsanzahl).	
Ambulante Transporte							
- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung							
- bei Gehunfähigkeit							
			Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug (hin und zurück)); - im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation - für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.		
- bis nächstgeeignete Behandler (auch wenn gehfähig)							
					Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).		Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehuntüchtigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.
- ambulante Notfalltransporte							
Arznei-/Verbandmittel							
- ohne zusätzliche SB							
			Hinweis: Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).			
- medikamentenähnliche Nährmittel (über enteral/parenteral hinaus)							
sonstiges							
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ)							
- Behandlung in Krankenhausambulanzen							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Häusliche Behandlungspflege/ Krankenpflege		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ambulante Palliativversorgung (SAPV)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kurleistung ambulant							
Kurleistung ambulant		✓	✓	✓	✓	✓	
- Verzicht auf Kurortklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulant							
sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Stationär							
1-Bettzimmer			✓	✓	✓	✓	✓
2-Bettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mehrbettzimmer		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/ Spezialist)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wahlleistungen nur bei Unfall / bestimmten Krankheiten							
Gebührenordnung Stationär							
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)		✓	✓	✓	✓		✓
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		 Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	✓	✓	✓	✓	 Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.
Privatkliniken							
Privatkliniken		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- allg. Krankenhausleistungen mind. 200% KHEntg/BPPIV		✓	✓	✓	✓	 Hinweis: Notfall = keine Begrenzung	
- ges. berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt)		✓	✓	✓	✓	 Hinweis: Notfall = keine Begrenzung	
Stationär							
Krankentransporte bis zum nächstgelegenen Krankenhaus		✓	✓	✓	 Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.	✓	✓
Ersatzkrankenhaustagegeld			✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt		✓	✓	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.	✓
Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung		✓		✓	✓	✓	✓
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hospizkosten		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Begleitperson für Kinder im Krankenhaus (Rooming in)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kurleistung stationär		✓		✓	✓	✓	
sonstiges		✓		✓	✓		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		 Hallesche ALH Gruppe MAS.Bonus URZ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest PVN	 Barmenia EINFACH · MENSCHLICH. VHV1A+ PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Allianz Ärzte Best 100 PVN	 AXA VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Zahn							
Zahnbehandlung %		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Zahnersatz %		75,00 %	90,00 %	85,00 %	90,00 %	85,00 %	90,00 %
Kieferorthopädie %		75,00 %	100,00 %	85,00 %	90,00 %	85,00 %	90,00 % 
- Leistungsanspruch Kfo bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	20 	unbegrenzt
Gebührenordnung Zahn							
- GOZ bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5)						 	
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung		 					
Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.							
Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.							
Zahn							
Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, (orts-)übl. Preise/angemessene Erstattung							
Summenbegrenzung max. ... Jahre		10	0	0 	4	4	4 
Hinweis: individuelle Zahnstaffel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.							
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall							
Heil- u. Kostenplan - keine Kürzung bei Nichtvorlage							
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen							

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Inlays - Erstattung in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung		✓		✓	✓	✓	
- sonstiges			✓		✓		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 Hallesche ALH Gruppe	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE	 Barmenia EINFACH · MENSCHLICH.	 SDK Einfach für Ihr Leben da.	 Allianz	 AXA
	Kundenwunsch	MAS.Bonus URZ PVN	JABest PVN	VHV1A+ PVN	AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	Ärzte Best 100 PVN	VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:		975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Markteinführung des Tarifes (Jahr):		2013	2016	2013	2017	2013	2013
- Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):		0	0		0		
- Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):		2011		2009			
Antragsfragen/Annahmerichtlinien							
- Fragezeitraum ambulante Behandlungen: max. 3 Jahre		✓	✓	✓		✓	✓
- Fragezeitraum Psychotherapie: max. 3 Jahre							
- Fragezeitraum stationäre Behandlungen: max. 5 Jahre		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Keine Frage nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"							
Zahn: fehlende Zähne - Annahme soll möglich sein bis xx Zähne		3	5	3		32	5
Kinder alleine versicherbar ab Alter		6	1	0			16
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr							
- BRE garantiert mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER							
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr		720,00 €					
- BRE garantiert mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER		720,00 €					
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr		1,00	1,50 ⚠ Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	1,00	2,00	1,20	
- BRE erfolgsabhängig mind. ... Monatsbeiträge (MB) im 1. Jahr KINDER		1,00	1,50	1,00	2,00	4,20	
- BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr							1.000,00 € ⚠ Hinweis: zzgl. evtl. Verhaltensboni, s. Textübersicht
-BRE erfolgsabhängig mind. ... EUR im 1. Jahr KINDER							200,00 €
- Vorsorgeuntersuchungen BRE-unschädlich		✓ ⚠ Hinweis: Die BRE-unschädliche Erstattung gilt nur für Vorsorgegutscheine, s. Langtext.	✓	✓	✓ ⚠ Hinweis: AM10.: Vorsorgeuntersuchungen (und Schutzimpfungen) sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR p. a. BRE-unschädlich. Die entsprechenden Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge auszuweisen. Z9: Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 Hallesche ALH Gruppe MAS.Bonus URZ PVN	 inter VERSICHERUNGSGRUPPE JABest PVN	 Barmenia EINFACH · MENSCHLICH. VHV1A+ PVN	 SDK Einfach für Ihr Leben da. AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Allianz Ärzte Best 100 PVN	 AXA VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Schutzimpfungen BRE-unschädlich			✓	✓	✓ ⚠		✓
					Hinweis: (Vorsorgeuntersuchungen und) Schutzimpfungen sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR p. a. BRE-unschädlich. Die entsprechenden Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge auszuweisen.		
- weitere / andere Leistungen BRE-unschädlich				✓			
- anteilige BRE bei unterjährigem Versicherungsbeginn (Rumpffahr)		✓ ⚠ Hinweis: keine anteilige - erfolgsabhängige - BRE bei unterjährigem Beginn	✓	✓	✓	✓	✓
- Anrechnung Vorversicherung (VV) auf BRE-Staffel				⚠ Hinweis: Bei Umstellung in Vollversicherungstarife werden die leistungsfreien Jahre aus allen Barmenia-Ergänzungstarifen (Ausnahme: Optionstarife, bKV-Tarife) auf die BRE-Staffel angerechnet.		✓	
Ausland							
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate		unbegrenzt	12	unbegrenzt ⚠ Hinweis: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn a) beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer KV Voll sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im 1-Bettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht. b) die PPV während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Anderenfalls besteht während der ersten 3 Monate ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	unbegrenzt	12	6 ⚠ Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.
- Rücktransport aus dem Ausland		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt	🇪🇺	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung ins außereuropäische Ausland		✓	✓		✓	✓ ⚠ Hinweis: Weiterführung befristet auf max. 5 Jahre	✓
Optionsrecht auf Höherversicherung							
Optionsrecht auf Höherversicherung				✓	✓ ⚠ Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).		✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	Kundenwunsch	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Anzahl feste Optionszeitpunkte				3	5 		1
					Hinweis: S1., AM10., Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.		
- anlassbezogenes Optionsrecht					 		
					Hinweis: S1., AM10., Z9: Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.		
- Verzicht auf Risikozuschläge/ Ausschlüsse für neue Erkrankungen							
- keine Beschränkung der Zieltarife							 
							Hinweis: VA6-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen							 
							Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung							 
							Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ...				unbegrenzt	50 		unbegrenzt
					Hinweis: S1., AM10., Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))							
- Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen (ggf. gekürzt wiedergegeben)							
- Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch Rehaträger?							
		Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.				Hinweis: Leistungen nur für Anschlussheilbehandlungen „im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation“.	
- ambulante Anschlussreha							
- stationäre Anschlussreha							
- Anschlussreha ohne übliche Einschränkungen				 			
				Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.			

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

		 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Kundenwunsch							
Monatsbeitrag:		975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- sonstige ambulante Reha-Maßnahmen				✓	✓		✓
- sonstige stationäre Reha-Maßnahmen				✓	✓	✓	
- sonstige Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen				✓ ⚠	✓		
				Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.			
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag							
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/mind. 3 Maßnahmen		✓		✓	✓	✓	
- Kinderwunschbehandlung - nicht ausgeschlossen		✓ ⚠	✓	✓ ⚠	✓	✓ ⚠	✓
		Hinweis: auch mitversichert, nach vorheriger schriftlicher Zusage: Aufwendungen* für eine einmalige Kryokonservierung, wenn der Versicherte eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung beanspruchen könnte.		Hinweis: Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Samenzellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).		Hinweis: auch mitversichert: Aufwendungen für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe und dazugehörige ärztliche Leistungen (gem. GOÄ), sofern die versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft künstlich herbeizuführen; max. Alter zu Beginn der Kryokonservierung: 40 Jahre.	
		* Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Transport, Einfrieren, Lagerung (nur, solange ein Leistungsanspruch für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung besteht!), späteres Auftauen von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe					
- Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung		✓ ⚠	✓	✓			✓
		Hinweis: Pauschale bei Hausgeburt					
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)		✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⚠
						Hinweis: VA6-U: DiGA für den ambulanten Bereich!	
- Wartezeiten - genereller Verzicht bei Neuabschluss			✓ ⚠	✓	✓	✓	✓
						Hinweis: Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die allgemeine Wartezeit von drei Monaten und (für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) die besonderen Wartezeiten von acht Monaten; sie entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.	
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Umwandlungsrecht Voll- in gleichwertige Zusatzversicherung		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Verbesserte Kriegsklausel		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer, Kündigungszeitpunkt		2	2	2	1	2	2
sonstiges			✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Selbstbeteiligung (SB)						
- Selbstbehalt pro Jahr für Erwachsene?	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung (außer bei Verbandmaterialien und Arzneimitteln).	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt bei 2.500 € ambulanten Kosten (Arztbesuche, Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) pro Jahr für Erwachsene?	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel*). * bei Einschaltung VR	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).	✔ Der Eigenanteil beträgt im Beispiel pro Kalenderjahr: 500 EUR - 10 Arztbesuche je 100 EUR = 1.000 EUR - 100% Erstattung = 1.000 EUR - 10 Medikamente je 50 EUR = 500 EUR - 100% Erstattung ./ 500 EUR SB = 0 EUR - 1 Hilfsmittel zu 800 EUR = 800 EUR - 100% Erstattung = 800 EUR* - 10 Heilmittel je 20 EUR = 200 EUR - 100% Erstattung = 200 EUR Die danach für dasselbe Kalenderjahr max. noch verbleibende Selbstbeteiligung für Medikamente beträgt 300 EUR. * bei Einschaltung VR (zu nicht in den Bedingungen genannten Hilfsmitteln)	✔ Keine Selbstbeteiligung bei den im Beispiel aufgeführten Kosten (Arztbesuche, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel*). * bei Einschaltung VR
- Selbstbehalt nur ambulant?	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- prozentualer Selbstbehalt?	✔ Der Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Selbstbehalt für Kinder reduziert?	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Dieser Tarif beinhaltet keine pauschale Selbstbeteiligung.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720 EUR (s. Punkt "Beitragsrückerstattung") auf den Erstattungsbetrag angerechnet.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
- Schutzimpfungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720 EUR (s. Punkt "Beitragsrückerstattung") auf den Erstattungsbetrag angerechnet.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.	✔ Der Tarif sieht keine Selbstbeteiligung vor.
Haus-/Primärarztprinzip						
- volle Erstattung auch bei direkter Facharztkonsultation?	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.	✔ Dieser Tarif beinhaltet kein Haus-/Primärarztprinzip.
- werden die Kosten von Folgebehandlungen zu 100% erstattet, wenn eine nachträgliche Überweisung durch den Haus-/Primärarzt vorgelegt wird?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht auf eine Frist (z.B. 6 Monate), nach der erneut die Überweisung durch einen Haus-/Primärarzt erfolgen muss?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Verzicht bei akuter Erkrankung im Ausland auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Verzicht bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Begrenzung des Eigenanteiles, der bei Verletzung des Haus-/Primärarztprinzipes zusätzlich entsteht?	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	✔ Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
- Höhe der Erstattung, wenn das Haus-/Primärarztprinzip verletzt wurde	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.	Kein Haus-/Primärarztprinzip vorhanden.
Gebührenordnung ambulant						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	⚠ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✔ Im ambulanten Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	✔ Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	✔ Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den jeweiligen Behandelnden entsprechen. Erstattet wird auch eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbaren Steuer. Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung; max. der Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der VP oder in Deutschland angefallen wäre. Ist die Entbindung im Ausland günstiger, wird dieser Betrag erstattet. Begrenzung gilt nicht, wenn die VP innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung zusammenhängend mind. 182 Tage in dem Land verbracht, in dem die Entbindung stattfindet.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.	⚠ außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.
Heilpraktiker						
- Heilpraktiker	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Erstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker in %?	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Behandlungen durch Heilpraktiker einschl. dazugehöriger Arznei- und Verbandmittel werden zu 100% erstattet.	Heilpraktikerleistungen sind zu 100% erstattungsfähig.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.	Keine Leistung vorhanden.	Heilpraktikerleistungen werden zu 100% erstattet.
- Höchsterstattung pro Jahr in €?	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen sind ohne jährliche Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Heilpraktikerleistungen werden bis max. 1.000 EUR p. a. erstattet. ⚠ Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie Digitale Gesundheitsanwendungen fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Heilpraktikerleistungen einschließlich verordneter Arzneimittel werden bis max. 2.000 EUR p.a. erstattet.
- mind. bis zum Höchstsatz GebüH erstattungsfähig?	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH. erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind ohne Begrenzung auf die Höchstsätze des GebüH erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind bis zum Höchstsatz des GebüH erstattungsfähig.
Sind erweiterte Naturheilverfahren/ Hufelandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	Nein, es sind keine Leistungen über das GebüH hinaus vorgesehen. Der Versicherer erstattet Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen - er kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Die Leistung ist nicht!! auf die in den AVB Teil 1 beschriebenen Methoden und Arzneimittel (= von der Schulmedizin überwiegend anerkannt; andere Methoden/ Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil nichts Schulmedizinisches zur Verfügung steht) beschränkt. Die Behandlungen müssen aber im GebüH aufgeführt sein.	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	✔ Ja. Erstattungsfähig sind alle Naturheilverfahren nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung (bis insgesamt (inkl. Abrechnungen nach dem GebüH) 1.000 EUR p. a.).	Heilpraktikerleistungen sind nicht erstattungsfähig.	⚠ Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Hinweis: Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin sind im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.
Sind alternative Heilmethoden/Hufeland durch Ärzte erstattungsfähig?	Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen.	✔ Aufwendungen für Methoden der besonderen Therapierichtungen nach dem Hufelandverzeichnis durch Ärzte werden einschließlich Arznei- und Verbandmittel zu 100% erstattet.	Keine Leistung vorhanden. Es wird ein separater Zusatz-Ergänzungstarif für Naturheilverfahren angeboten.	Ärztliche Leistungen für alternative Heilmethoden sowie für Methoden nach Hufelandverzeichnis sind nicht vorgesehen. Für alternative Heilmethoden erstattet der Versicherer ggf. Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Methoden/Arzneimittel oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden/Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattungsfähig sind naturheilkundliche Behandlungen durch Ärzte.	⚠ Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind sowie für Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Osteopathie, Eigenblut-Behandlung und therapeutische Lokalanästhesie. Darüber hinaus leistet er für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die Leistungen können jedoch auf einen Betrag herabgesetzt werden, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre. Hinweis: Osteopathie ist mitversichert.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Über die Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinaus sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin im Rahmen der alternativen Medizin erstattungsfähig.

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Vorsorge						
- über gesetzl. Programme hinaus?	✔️ Vorsorgeuntersuchungen sind auch über gesetzlich eingeführte Programme hinaus erstattungsfähig.	✔️ Ja, Vorsorgeuntersuchungen sind nicht auf gesetzlich eingeführte Programme begrenzt. Erstattungsfähig sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Erkrankungen.	✔️ Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie im Rahmen der "Mutterschafts-Richtlinien".	✔️ Ja. Versichert sind ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Schwangerschaftsvorsorge. Nicht versichert sind Kosten für private und dienstliche Zwecke (z. B. Untersuchungen zur Flugtauglichkeit). ⚠️ Hinweis: Erstattet werden auch die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge (z. B. Dopplersonografie, 3D/4D-Ultraschall, kardiale Echografie, Nackentransparenztest, Triple-/Quadruple-Test); jedoch keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung einer erst künftig auftretenden Erkrankung oder einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-tests).	✔️ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen).	✔️ Vorsorgeuntersuchungen sind im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme, jedoch ohne Beschränkung auf Altersgrenzen erstattungsfähig.
- Schutzimpfungen?	✔️ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.	✔️ Erstattet werden staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer empfohlen werden sowie Reiseimpfungen - auch über die Empfehlungen der STIKO hinaus, wie z. B. Malaria.	✔️ Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (z. B. solche gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut). Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes angeraten sind. Berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge nicht verpflichtet ist, die Kosten hierfür zu übernehmen.	✔️ Erstattet werden Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt sowie darüber hinaus: - die Gripeschutzimpfung, - die Zeckenschutzimpfung (FSME), - die Malaria-Prophylaxe, - Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie Reiseimpfungen.	✔️ Erstattet werden 100% der Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden sowie Schutzimpfungen gegen Hepatitis B und Reiseimpfungen, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit (mit Ausnahme von Hepatitis B) sowie Malariaphylaxe.	✔️ Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Heilmittel						
- Heilmittel-Definition	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie (abschließende Aufzählung: Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, Packungen/ Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte-/ Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen) - Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) - Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) - Podologie - Ernährungstherapie (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) (- physiotherapeutische Palliativversorgung, sofern Aufwendungen nicht bereits von SAPV umfasst) (- Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts-/ Rückbildungsgymnastik) (- Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer - nach vorheriger schriftlicher Zusage)	✔ Erstattungsfähig sind Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören - Inhalationen - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie (- Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie (einschl. Stimmbildungen) - Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) - Podologie (medizinische Fußpflege) (- osteopathische Behandlung) (- therapeutisches Reiten (Hippotherapie)) (- Bewegungstherapie (Heileurythmie)) (- Schwangerschaftsgymnastik, Kurse zur Geburtsvorbereitung, Rückbildungs-/ Wochenbettgymnastik)	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Logopädie - Ergotherapie - Podologie - Ernährungstherapie (Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) (- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung))	✔ Versichert sind Heilmittel folgender Bereiche: - Physiotherapie - Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie - Ergotherapie - Podologie (- Palliativversorgung (physiotherapeutische Komplexbehandlung)) (- Schwangerschafts-/Rückbildungsgymnastik, Geburtsvorbereitungskurs)
- Erstattung von Heilmitteln in %?	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.	Erstattungsfähige Heilmittel werden zu 100% erstattet.
- Selbstbeteiligung bei Heilmitteln p.a. €?	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Heilmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.
- Verzicht auf unübliche Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.)?	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.	✔ Keine unüblichen Beschränkungen.
- Verzicht auf tarifliches Preis- u./o. Leistungsverzeichnis oder Begrenzung auf Beihilfesätze?	✘ Nein. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.	✔ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✔ Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	✔ Ja.	✘ Nein. Erstattungsfähig sind die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Heilmittel - höchstens bis zu dem Betrag, der den jeweils geltenden beihilfefähigen Höchstbetrag für das erbrachte Heilmittel um nicht mehr als 30% übersteigt.	✘ Nein. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstätzen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Auch Verzicht auf sonstige Begrenzung (z. B. (orts-)übliche/angemessene Preise o. GOÄ)?		 Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Ja. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Nein. Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind.		
- Logopädie	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.	 Logopädie ist erstattungsfähig.
- Ergotherapie	 Ergotherapie ist erstattungsfähig.	 Ergotherapie ist erstattungsfähig.	 Ergotherapie ist erstattungsfähig.	 Ergotherapie ist erstattungsfähig.	 Ergotherapie ist erstattungsfähig.	 Ergotherapie ist erstattungsfähig.
Hilfsmittel						
Hilfsmittel	 Erstattungsfähig sind medizinische Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke), die - Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen, - zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, - zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel) sowie - Anschaffung/Ausbildung eines Blindenhundes, - Hinzuziehen einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist - Unterweisung, Wartung und Reparatur (aber nicht von Sohlen und Absätzen orthopädischer Maßschuhe). nicht mitversichert: Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).	 Erstattungsfähig sind Hilfsmittel, die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Erstattungsfähig sind auch medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie, Überwachung und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte), sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.	 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, sowie für Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen auch Aufwendungen für orthopädische Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher) und künstliche Ernährung. Unter Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel.	 Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten sowie Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke. Neben der Erstattung von Wartungs- und Reparaturkosten werden auch Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln ersetzt.	 Jedes Hilfsmittel, das medizinisch notwendig ist, wird erstattet: Bandagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tens-Geräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfektionierte Therapie-Schuhe, orthopädische Schuhzurichtungen, Perücken, Hörhilfen, orthopädische Schuhe sowie alle sonstigen nicht genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende).	 Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel.

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Erstattung von Hilfsmitteln in %?	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Hilfsmittel* werden zu 100% erstattet, wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden und/oder nicht mehr als 500 EUR kosten. Teurere Hilfsmittel* werden entsprechend erstattet, wenn sie über das Hilfsmittelmanagement der INTER bzw. nach vorheriger Zusage bezogen werden, andernfalls werden 80% vergütet. * Sehhilfen und orthopädische Schuhe werden generell zu 100% erstattet, es gelten aber Erstattungshöchstbeträge (s. nachfolgende Leistungspunkte).	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähige Hilfsmittel werden zu 100% erstattet.	✔ Alle in den Bedingungen genannten Hilfsmittel werden zu 100% erstattet (Erstattungshöchstbeträge für Perücken (s. Körpersersatzstücke), Hörhilfen beachten). Nicht genannte Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) werden zu 80% ersetzt bzw. bei Bezug über den Versicherer (sofern möglich) oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung (innerh. v. 2 Tagen) zu 100%.	✔ Erstattet werden: - zu 100%: orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen (max. 4 Paar p. a.), Bandagen - zu 100% bei möglichem Bezug über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerh. v. 2 Tagen (ansonsten zu 75%): orthopädische Maßschuhe (abzg. Eigenanteil von 25 EUR pro Schuh), Sprechhilfen, Körpersersatzstücke, Orthesen, Herzschrittmacher, Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte, Überwachungsmonitore, Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Krankenfahrräder, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Blindenstock, Blindenhund - elektronische Lesegeräte bis max. 2.450 EUR - Hörgeräte bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät - Perücken bis zu max. 520 EUR - Bettnässertherapiegerät bis max. 120 EUR - Allergikerbettwäsche (= Encasings) bis max. 200 EUR p. a. - Bewegungsschienen bis max. 600 EUR pro Versicherungsfall - Tens-/EMS-Geräte bis max. 150 EUR pro Gerät - weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, in funktioneller Standardausführung Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.
- Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln p.a. in €?	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für ein Hilfsmittel fällt nur dann eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, wenn es mehr als 500 EUR kostet und nicht über die INTER bzw. ohne vorherige Zusage bezogen wird (gilt nicht für Sehhilfen und orthopädische Schuhe, s. nachfolgende Leistungspunkte). Für Hilfsmittel, die im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden, fällt grundsätzlich keine Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Für Hilfsmittel fällt keine separate Selbstbeteiligung an.	✔ Es fällt nur für nicht in den Bedingungen genannte Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) eine Selbstbeteiligung - von 20% - an, aber auch nur dann, wenn sie nicht über den Versicherer bzw. im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung bezogen werden.	✔ Es fällt nur dann eine separate Selbstbeteiligung - von 25% - an bei Hilfsmitteln, die nicht über den Versicherer oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung bezogen werden und nicht summenmäßig begrenzt sind (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen).
- offener Hilfsmittelkatalog?	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.	✔ Ja, es existiert ein offener Hilfsmittelkatalog.
- lebenserhaltende Hilfsmittel uneingeschränkt?	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.	✔ Ja, es sind alle lebenserhaltenden Hilfsmittel versichert.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Wird mind. die funktionale Standardausführung erstattet?	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Bei Hilfsmitteln ist keine Beschränkung auf die Ausführung vorhanden.	✔ Hilfsmittel, die nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt und im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.
- Verzicht auf Beschränkungen der Bezugsart (Miete, Leihe, wer liefert)?	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich (allerdings sollen Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaaren Zeitraum benötigt werden, vorrangig mietweise bezogen werden). Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl/Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice und empfiehlt vor Bezug eines Hilfsmittels ab 350 EUR die ärztliche Verordnung vorzulegen.	Hilfsmittel, die mehr als 500 EUR kosten, müssen über den Versicherer bezogen oder von ihm vorab zugesagt werden (gilt nicht für Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung, Sehhilfen und orthopädische Schuhe).	✔ Es ist keine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden.	✔ Es ist weder eine Beschränkung der Bezugsart von Hilfsmitteln vorhanden, noch ist eine Zusage erforderlich. Der Versicherer unterstützt bei der Auswahl und Anschaffung eines geeigneten Hilfsmittels über seinen Hilfsmittelservice. Eine Liste der Hilfsmittel, die über den Hilfsmittelservice beschafft werden können, gibt es unter www.sdk.de .	Für einen 100%igen Erstattungsanspruch müssen alle nicht in den Tarifbedingungen genannten Hilfsmittel (auch lebenserhaltende) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden - ansonsten erfolgt die Erstattung zu 80%.	Für einen vollen tariflichen Leistungsanspruch müssen alle nicht summenmäßig begrenzten Hilfsmittel (außer orthopädische Schuhzurichtungen, Schuheinlagen, Bandagen) über den Versicherer bezogen oder beschafft werden (sofern dies möglich ist) oder im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall bezogen werden - ansonsten wird die Erstattung um 25% gekürzt.
- Atemmonitore (Heimgerät)?	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Atemmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für Atemmonitore sind erstattungsfähig.
- Herzmonitore (Heimgerät)?	✔ Herzfrequenzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.	✔ Herzmonitore sind erstattungsfähig.
- Beatmungsgeräte (Heimgerät)?	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Beatmungsgeräte sind erstattungsfähig.
- Heimdialyse?	Die Bedingungen sehen keine Kostenübernahme für Heimdialysegeräte vor. Anmerkung des Versicherers: Im Rahmen der Einzelfallprüfung können Miete und Sachkosten für Heimdialyse übernommen werden.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für Heimdialysegeräte sind erstattungsfähig.
- Krankenfahrstühle ohne (Summen-) Begrenzung?	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Krankenfahrstühle sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig.
- Hör- u. Sprechgeräte?	✔ Hörgeräte und künstliche Kehlköpfe sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig.	✔ Hörgeräte und Sprechgeräte sind erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Erstattungsfähig sind auch Tinnitus-Masker/Noiser.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörhilfen (Hörgeräte, apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden zu 100% ersetzt - bis max. 4.000 EUR für teilimplantierte knochenverankerte Hörhilfen (BAHA-Hörhilfen) und 2.000 EUR für sonstige Hörhilfen - je Hörhilfe, Sprechgeräte ohne betragliche Begrenzung.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Hörgeräte (inklusive Otoplastik und Erstaussattung mit Batterien) sind bis max. 1.450 EUR pro Hörgerät erstattungsfähig, Sprechhilfen (inklusive Erstaussattung mit Batterien) ohne betragliche Begrenzung.
- Orthopädische Schuhe?	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen werden bis 1.500 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe (und Schuhzurichtungen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 EUR p. a. erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Orthopädische Schuhe sind erstattungsfähig. Pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 EUR an.
- Blindenhund/Blindenleitgerät?	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen) sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführeriers einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität sind erstattungsfähig.	✔ Die Kosten für einen Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung) sind erstattungsfähig.	✔ Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes - sind erstattungsfähig.
- Blindenlese-/Vorlesegerät?	✔ Elektrische Lesehilfen sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Blindenlese-/Vorlesegeräte sind erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Elektronische Lesegeräte sind bis maximal 2.450 EUR erstattungsfähig.

Vorschlag für Ärztetarife Arzt angestellt Erstellt durch finanz-profil GmbH & Co.KG , Carl Gitter

Haftungsausschluss: Alle Leistungstexte und Beiträge wurden mit größter Sorgfalt ermittelt. Eine Gewährleistung kann jedoch nicht übernommen werden.

Levelnine Online - blau direkt Build: 8937 Lizenziert für finanz-profil GmbH & Co.KG, Datenbankversion: 3.0.767, DID: 6221108752812198940, Erstellt: 22.12.2025 17:33:07

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Körperersatzstücke?	✔ Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Prothesen, Epithesen, Haarsersatz).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig (z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Perücken, Kunstaugen).	✔ Ja, die Kosten für Körperersatzstücke (z. B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen, Epithesen, Kunstaugen) sind ohne Summenbegrenzung erstattungsfähig. Hinweis: Perücken werden bis max. 600 EUR je Perücke erstattet.	✔ Ja, Körperersatzstücke sind - ohne Summenbegrenzung - in den Bedingungen aufgeführt. Erstattungsfähig sind somit z.B. Beinprothesen, Armprothesen, Brustprothesen und Kunstaugen.
- Prothesen uneingeschränkt (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)?	✔ Ja, Prothesen sind in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Prothesen sind erstattungsfähig.
- Kunstaugen?	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Kunstaugen sind erstattungsfähig.	✔ Kunstaugen sind erstattungsfähig.
- Orthesen (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)?	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, erstattungsfähig sind Geh- und Stützapparate.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für Orthesen sind erstattungsfähig.
Sehhilfen						
- Höhe der Erstattung für Sehhilfen in €?	✔ Brillen (keine Luxusausführung) und Kontaktlinsen werden ohne betragliche Begrenzung erstattet. Der jeweils gültige Betrag, bis zu dem ein Brillengestell nicht als Luxusausführung angesehen wird, wird in der Mitgliederzeitschrift ausgewiesen, kann aber auch beim Versicherer erfragt werden. Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre. Hinweis: Lt. Infoblatt 01.14 (nicht Bestandteil der Vertragsbedingungen): Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derzeit sind dies 180 EUR für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 EUR – bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%.	✔ Sehhilfen (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Arbeitsbrillen) werden bis 500 EUR erstattet.	✔ Brillen und Kontaktlinsen (auch bei Refraktionsbestimmung durch den Optiker) werden bis 400 EUR erstattet. Bei einer Sehschwäche von mind. 8,0 Dioptrien erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag um 50%. Hinweis: ab 8 Dioptrien: 600 EUR	✔ Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen werden bis max. 1.000 EUR erstattet.	✔ Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen) werden bis 400 EUR erstattet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Sehhilfen (Brillengläser einschl. Brillengestelle oder Kontaktlinsen) werden wie folgt erstattet: - Einstärkengläser/Einstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 300 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 600 EUR - Mehrstärkengläser/Mehrstärkenlinsen bis 6 Dioptrien bis 700 EUR, bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000 EUR
- Erstattungsanspruch für Sehhilfen mind. alle ... Monate?	✔ Sehhilfen sind ohne zeitliche Begrenzung erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.	✔ Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach zwei Jahren seit dem letzten Bezug oder bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.	✔ Sehhilfen sind innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei dauerhafter Änderung der Sehschärfe seit dem Bezug der letzten Sehhilfe erstattungsfähig.
- refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK) ... € Erstattung						
- Höhe der Erstattung für refraktive Chirurgie (z. B. LASIK, LASEK)?	✔ Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z. B. LASIK) werden bis 1.500 EUR pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.	✔ Erstattet werden alle refraktiven chirurgischen Maßnahmen (inkl. Vor- und Nachuntersuchung) zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. durch LASIK, LASEK, Linsenimplantate) bis 2.500 EUR pro Auge innerhalb von 24 Monaten.	✔ Versichert sind nach Ablauf von 2 Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an - operative Maßnahmen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK) einschl. der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Die Aufwendungen werden bis insgesamt 2.000 EUR je Auge erstattet. Hinweis: frühestens nach 2 Jahren	✔ Operationen der refraktiven Chirurgie (z. B. Lasik) werden übernommen, sofern die versicherte Person ununterbrochen 36 Monate in der Krankheitskosten-Vollversicherung versichert ist - bis max. 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation andere Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen) nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert. Hinweis: frühestens nach 36 Monaten	✔ Operative Maßnahmen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik, Lasek oder Linsen-Implantation) sind erstattungsfähig.	✔ Operative Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bei medizinischer Notwendigkeit wird zu 100% erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Psychotherapie						
- Anzahl Sitzungen sind pro Jahr?	✔ Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, systemische Therapie, Verhaltenstherapie) ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (z. B. Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) werden nicht übernommen.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.	✔ Psychotherapie ist ohne Sitzungszahlbegrenzung erstattungsfähig.
- Verzicht auf pauschalen Einschränkungen?	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	⚠ 15% Selbstbeteiligung bei ambulanter Psychotherapie.	✔ Keine unüblichen Einschränkungen.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Pro Versicherungsfall sind 100% der Aufwendungen für die 1. bis zur 30. Sitzung, 70% der Aufwendungen ab der 31. Sitzung erstattungsfähig.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall bis zur 30. Sitzung zu 100% erstattet. Ab der 31. Sitzung fällt eine Selbstbeteiligung von 20% an.
- sind mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers versichert?	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.	⚠ Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Ohne Zusage sind nur psychotherapeutische Sitzungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten mit GKV-Zulassung oder durch approbierte Ärzte erstattungsfähig (keine Begrenzung Sitzungsanzahl).	✔ Es sind alle psychotherapeutischen Sitzungen ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig.
Ambulante Transporte						
- Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) ohne weitere Voraussetzungen auf z.B. Gehunfähigkeit?	✔ Fahrten (z.B. zur Dialyse-, Strahlenbehandlung, Chemotherapie) sind erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind Fahrten mit einem Taxi, einem öffentlichen Verkehrsmittel oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) zur: - ambulanten Chemotherapie oder - ambulanten Strahlenbehandlung oder - Dialysebehandlung. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR vergütet.	✔ Fahrten bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zur Dialyse, Chemotherapie und Strahlentherapie; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ambulanter Dialyse, Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus (als nächstgelegenen gilt jeder der genannten Leistungserbinger innerhalb von 100 Kilometern).	✔ Transporte (Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse) werden zu 100% erstattet, wenn diese durch den Versicherer organisiert werden (ansonsten zu 75%).
- Fahrten/Transporte bei Gehunfähigkeit?	✔ Ja, ambulante Fahrt-/Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind erstattungsfähig.	⚠ Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten (Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug (hin und zurück)): - im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation - zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag einer (im Katalog nach § 115b SGB V genannten) ambulanten Operation - für Untersuchungen, welche die Fahrttauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung). Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	⚠ Ambulante Transportkosten bei Gehunfähigkeit sind nicht erstattungsfähig. Hinweis: Erstattungsfähig sind Fahrten bei: - ambulanten Operationen (am Tag der Operation) - ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt - bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3.	✔ Ja, Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit sind erstattungsfähig, sofern die Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus (als nächstgelegenen gilt jeder der genannten Leistungserbinger innerhalb von 100 Kilometern). Krankenfahrten (Hin- und Rückfahrt) werden bis 50 EUR pro Fahrt erstattet (im privaten PKW liegt der Erstattungshöchstbetrag bei 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer).	✔ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit zu 100% erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Fahrten/Transporte bis zum nächstgeeigneten Behandler (unabhängig, ob der Versicherte gehfähig ist)?	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, Ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine Seh- oder Fahruntüchtigkeit, die auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht, vorliegt (oder zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen, zur ambulanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).	Nein, ambulante Transportkosten zum nächstgeeigneten Behandler sind nicht erstattungsfähig.	 Keine Leistung vorhanden. Hinweis: Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung sind bei Gehfähigkeit nur erstattungsfähig, wenn eine ärztlich bestätigte Sehunfähigkeit vorliegt – die Kosten werden dann zu 100% übernommen.
- Ambulante Notfalltransporte?	 Ja, ambulante Rettungstransporte (ohne anschließende stationäre Behandlung) sind erstattungsfähig.	 Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Fahrten/Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, privates Kraftfahrzeug) zum Arzt/Facharzt oder Krankenhaus bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten Zuständen. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR vergütet.	 Ja, erstattungsfähig sind der notwendige Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.	 Ja. Erstattet werden Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus bei medizinischen Notfällen oder Unfällen; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer.	 Ja, unfall- oder notfallbedingte Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten des Notarztes sind erstattungsfähig.	 Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei Unfall/Notfall zu 100% erstattet, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
Arznei-/Verbandmittel						
- ohne zusätzliche Selbstbeteiligung?	 Arznei-/Verbandmittel (hierzu gehören auch Harn- und Blutteststreifen) sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Harn- und Blutteststreifen gehören zu den erstattungsfähigen Arznei- und Verbandmitteln. Hinweis: Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel werden bis 150 EUR pro Kalenderjahr erstattet.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig. Hinweis: Zu den erstattungsfähigen Arzneimitteln zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen. Als Verbandmittel gelten auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.	 Für Verbandmaterialien und Arzneimittel (incl. Harntest- und Bluttest-Streifen (zum Selbsttest, keine Schwangerschaftstests)) fällt eine Selbstbeteiligung von 800 EUR p. a. an.	 Arznei-/Verbandmittel sind ohne zusätzliche Selbstbeteiligung erstattungsfähig.
- medikamentenähnliche Nährmittel bei schweren Erkrankungen (über enteral/parenteral hinaus)?	 Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden.	 Versichert sind Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel (als Monopräparate), die zur Behandlung von Mangelkrankungen medizinisch notwendig sind. Bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden, sind ebenfalls erstattungsfähig.	 Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.	 Ja. Erstattet werden z. B.: - Nährstofflösungen, - Zubehör und Applikationshilfen zur künstlichen Ernährung, - Teststreifen für Blut- und Harnstoffmessungen sowie - Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Artikel, - Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und Desinfektionsmittel, wenn diese medizinisch notwendig sind.	 Erstattungsfähig sind diätische Nährstoffe, sofern sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden (z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose) zu vermeiden sowie medikamentenähnliche Nährmittel zur enteralen und parenteralen Ernährung.	 Nähr- und Stärkungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. Nach ärztlicher Verordnung sind Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist, sowie Vitaminmonopräparate zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen.
sonstiges						
- medizinische Versorgungszentren?	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren (sowie sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen).	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.	 Ja, die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren ist erstattungsfähig.
- Krankenhausambulanzen?	 Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	 Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.	 Ja, Behandlungskosten in Krankenhausambulanzen sind erstattungsfähig.	 Ja, die Behandlung in Krankenhaus-Nottallambulanzen ist erstattungsfähig.	 Ja, die Behandlung in Krankenhausambulanzen ist erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- häusliche Behandlungs-/Krankenpflege?	 Ja, die Kosten für häusliche Behandlungspflege sind erstattungsfähig.	 Ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (auch psychiatrische Pflege sowie Intensiv-Behandlungspflege) wird nach vorheriger schriftlicher Zusage zu 100% erstattet, sofern der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend des Versorgungsvertrages berechnet werden. Erstattungsfähig unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Aufwendungen für: - Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in häuslicher Umgebung; bis zu vier Wochen, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI besteht - stationäre Kurzzeitpflege in einer zugelassenen Einrichtung nach SGB XI oder einer anderen geeigneten Einrichtung, sofern keine Pflegebedürftigkeit nach dem Tarif der Pflegepflichtversicherung besteht (Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten werden nicht vergütet).	 Ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegefachkräfte ist erstattungsfähig, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen (Behandlungspflege (insbesondere auch medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege), Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (bis zu 4 Wochen), Leistungen der Unterstützungspflege (bis zu 4 Wochen)) durchführen kann. Der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) muss einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnen. Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	 Ja. Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte (medizinische Behandlungspflege). Intensiv-Behandlungspflege (besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle erfordert) wird auch in stationären Einrichtungen (z. B. Pflegeheim) erstattet. Der Versicherer empfiehlt, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag (Intensiv-Behandlungspflege), Art und Dauer der Behandlungspflege mit ihm abzustimmen. Häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege), sofern ärztlich verordnet, wird erstattet, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nötig, aber nicht durchführbar ist oder dadurch eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt wird - pro Versicherungsfall max. 4 Wochen. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	 Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege) sind erstattungsfähig.	 Ja, die Kosten für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig (betragsmäßige/zeitliche Begrenzungen beachten). Der Versicherer bittet um Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme der Leistung.
- Palliativversorgung?	 Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre, wenn - die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und - eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Anspruch auf Erstattung unter den o. g. Voraussetzungen haben auch Versicherte in Altersheimen, stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen.	 Ja. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird erstattet - gemäß den jeweils abgeschlossenen Verträgen zwischen den Palliativ-Teams und den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen.	 Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Die Gebühren sind zu 100% bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären. Ein Leistungsanspruch besteht auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen und Altersheimen.	 Ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist versichert, vorausgesetzt, es liegt eine unheilbare und fortschreitende Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung vor und die Palliativ-Versorgung ermöglicht die Betreuung in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung der versicherten Person (auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize). Erstattet werden ärztliche und pflegerische Leistungen und Organisation bis zu dem Betrag, der auch für einen GKV-Versicherten für die Versorgung abgerechnet wird. Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, werden nicht vergütet.	 Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 SGB V, sofern - es sich um eine nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung handelt - eine ärztliche Verordnung vorliegt - die Versorgung von einem geeigneten Leistungserbringer erbracht wird.	 Erstattungsfähig sind zu 100% ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet und eine besonders aufwendige Versorgung benötigt. Anspruch auf Erstattung der Leistungen haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet. Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen.

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Kurleistung ambulant						
- Kuren ambulant?	✔ Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.	✔ Bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten Kur bis zu einer Dauer von 28 Tagen sind ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel erstattungsfähig, nicht jedoch Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung. Ein Anspruch auf eine erneute Erstattung einer Kur entsteht nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Kur.	✔ Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	✔ Erstattet werden bei ambulanten (und stationären) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	✔ 100% der Aufwendungen für ärztlich verordnete ambulante Heilkuren, maximal 1.000 EUR. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Abschluss der vorangegangenen Heilkur. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Kurtaxe, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel und physikalische Therapie.	Ambulante Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.
- Verzicht auf die Anwendung der Kurortklausel?	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✔ Ja. Die Leistungseinschränkung für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort entfällt; in einem Heilbad oder Kurort besteht hierfür der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.	✔ Es wird auf die Anwendung der Kurortklausel verzichtet. In einem Heilbad oder Kurort besteht der gleiche Leistungsanspruch wie am Wohnort der versicherten Person.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Ambulant

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Ambulant						
Sonstiges	✔ Erstattet werden auch: - Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht - medizinische Schulungen für chronisch Kranke, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis - bis 500 EUR p. a., darüber hinaus nur nach schriftlicher Zusage - Sozialtherapie, max. 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall (ärztliche Leistungen: im Rahmen GOÄ / Fachkräfte für Sozialtherapie: max. bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.	✔ Erstattungsfähig sind auch: - ambulante Heilbehandlungen (nach Nr. 1.1 der AVB, Teil II), wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden - Frühförderungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (medizinisch-therapeutische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinär besetzten Frühförderstellen) - Sozialtherapie nach vorheriger schriftlicher Zusage; max. 120 Behandlungseinheiten innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall. Die genauen/weiteren Leistungsvoraussetzungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattet werden auch: - Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, Rückbildungsgymnastik - Sozialtherapie - Kinderbetreuungspauschale von 200 EUR p. a. - bis Alter 11 - ab dem 4. Tag der Erkrankung Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✔ Versichert sind auch: - Frühförderung als Heilbehandlung wegen Krankheit, sofern Sozialhilfeträger nicht leistet - Sozialtherapie - max. 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von 3 Kalenderjahren - Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren - Bei Fachkräften für Sozialtherapie werden nur die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden - Präventionskurse (Kurse zur gesunden Ernährung oder persönlichen Ernährungsberatung, Nichtraucherseminare (Teilnahme von mind. jeweils 80% muss nachgewiesen werden), präventives Rückentraining, Herz-Kreislauf-Training, Rheumaliga/-sport, autogenes Training, progressive Muskelentspannung) – bis zu erstattungsfähigen Rechnungsbeträgen von insgesamt max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - Keine Erstattung von Mitgliedsbeiträgen in Sportvereinen oder Fitnesszentren - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprache oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - medizinische Erst- und Folgeschulungen für chronisch Kranke, bis max. 500 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. Die genauen/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattungsfähig sind auch: - Aufwendungen für ambulante Sozialtherapie (entsprechend der Regelungen der GKV), max. 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren; vorherige schriftliche Zusage erforderlich - Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen zu entnehmen.	✔ Erstattet werden auch: - Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen - Sozialpädiatrie und Frühförderung - Sozialtherapie und Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage Die genauen Leistungsvoraussetzungen sind den Tarifbedingungen/Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Stationär						
- 1-Bettzimmer?	Keine Leistung vorhanden.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 1-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- 2-Bettzimmer?	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.	✔ Kosten für gesonderte Unterkunft im 2-Bettzimmer sind erstattungsfähig.
- Regelleistungen?	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Ja, erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).	✔ Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung).
- Wahlärztliche Behandlung (Freie Arztwahl, Spezialisten)?	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.	✔ Ja, privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig.
Sollen Wahlleistungen nur bei Unfall/ bestimmten Erkrankungen versichert sein?						
Gebührenordnung Stationär						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ?	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.	✔ Privatärztliche Leistungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOÄ hinaus?	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Es ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.	⚠ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden. Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✔ Im stationären Bereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorhanden.
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfallles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	✔ Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	✔ Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	✔ Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den Behandelnden oder die behandelnde Einrichtung entsprechen. Erstattet werden Krankenhausleistungen, Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt, separat berechenbare privatärztliche Behandlungen, Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer, eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer. Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOÄ. Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen	⚠ außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Privatkliniken						
Privatkliniken	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.	✔ Die Leistung ist vorhanden.
Sind allg. Krankenhausleistungen in Privatkliniken (gemäß § 4 (4) MBKK) uneingeschränkt versichert?	✔ In Krankenhäusern innerhalb Deutschlands, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) abrechnen, werden als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im 3- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschl. ärztlicher Leistungen und Nebenkosten erstattet, soweit sie die nach dem KHEntG bzw. der BPIV vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles/einer nicht planbaren Behandlung das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	✔ In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer (ohne gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten. Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/KHEntG bzw. der BPIV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind, erfolgt die Erstattung nach Maßgabe des KHG/KHEntG bzw. der BPIV.	✔ Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern (einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen).	✔ Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Krankenhausleistungen in Kliniken, die nicht dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) unterliegen.	⚠ Ersetzt werden nach vorheriger schriftlicher Zusage* - Unterbringung im 1-, 2- oder Mehrbettzimmer - Verpflegung - Krankenhauspflege - Arznei- und Heilmittel - medizinisch begründete Nebenkosten - medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson - die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte, max. bis zu dem Betrag, der das maßgebliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechnungsfähig ist, um nicht mehr als 100% übersteigt. Maßgeblich für die Berechnung ist das Entgelt, das das Krankenhaus der Maximalversorgung, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte. * gilt nicht bei Notfällen Hinweis: Notfall = keine Begrenzung	Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BPIV bzw. dem KHEntG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntG. (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 1. Pflegeklasse = 1-Bettzimmer, 2. Pflegeklasse = 2-Bettzimmer, 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses) Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.
Ist die gesondert berechenbare Unterkunft ohne Begrenzung (+ Privatarzt) erstattungsfähig?	✔ Wahlleistungen (2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung) sind erstattungsfähig.	✔ In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntG bzw. nach der BPIV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer.	✔ Ja, Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer und wahlärztliche Leistungen werden erstattet.	✔ Erstattet werden die Kosten für - die separat berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer (Wahlleistung) - separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (Wahlleistungen einschl. Belegärzte).	⚠ Nach vorheriger Zusage* werden die Kosten für die Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer (einschl. aller anderen Kosten, s. vorheriger Leistungspunkt) bis zu 200% der allgemeinen Krankenhausleistungen, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung verlangt hätte, erstattet. Gesondert berechnete ärztliche Leistungen werden zu 100% vergütet. * gilt nicht bei Notfällen Hinweis: Notfall = keine Begrenzung	Erstattungsfähig sind Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer + privatärztliche Behandlung: Entgelte, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die BPIV bzw. dem KHEntG vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten. Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem KHEntG. (bei Berechnung nach Pflegeklassen: 1. Pflegeklasse = 1-Bettzimmer, 2. Pflegeklasse = 2-Bettzimmer, 3. Pflegeklasse = allgemeine Krankenhausleistung eines Krankenhauses). Bei Krankenhausaufenthalten im Ausland wird auf die Einschränkung verzichtet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Stationär						
- Krankentransporte stationär uneingeschränkt?	✔ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.	✔ Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Fahrten/Transporte (Krankenwagen, Feuerwehr, Rettungshubschrauber, Taxi, öffentliches Verkehrsmittel, privates Kraftfahrzeug) zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder ein Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.	✔ Der notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus ist erstattungsfähig.	⚠ Ja. Versichert sind: - medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsten, geeigneten und aufnahmebereiten Krankenhaus - medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer auswärtigen ambulanten Untersuchung während einer stationären Behandlung, sofern sie nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sind - medizinisch nicht notwendige Verlegung (Wunschverlegung); 1x pro Versicherungsfall, sofern sich das Krankenhaus sich im selben Land wie das vorherige Krankenhaus befindet und der Transport über Land stattfindet (z. B. mit einem Krankenwagen); keine intensivmedizinische Betreuung während des Transports - Bergungskosten bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. private Unfallversicherung) leistungspflichtig ist. Hinweis: Erstattet werden auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, wenn diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen max. 250 EUR pro Kalenderjahr; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,30 EUR pro Kilometer ersetzt.	✔ Ersetzt werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit erforderlichem medizinisch ausgebildetem Begleitpersonal (jedes Krankenhaus innerhalb von 100 Kilometern gilt als nächstgelegenes).	✔ Der notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus ist erstattungsfähig.
- Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen?	Es ist keine Leistung bei Verzicht auf die Wahlleistungen vorhanden.	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen werden 25 EUR pro Tag (einschließlich Entlassungstag) gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer ebenfalls täglich 25 EUR (ohne Entlassungstag). Für Kinder bis 15 Jahre werden jeweils 12,50 EUR gezahlt. Bei teilstationären Behandlung und Anschlussrehabilitationen besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.	✔ Bei Verzicht auf die Unterbringung im 1-Bettzimmer bzw. gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden jeweils 25 EUR pro Tag gezahlt. Wird auf die gesondert berechnete Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer verzichtet, werden 50 EUR pro Tag gezahlt.	✔ Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ein 2-Bettzimmer gewählt, werden 20 EUR täglich gezahlt, bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer 40 EUR und bei Verzicht auf separat vereinbarte privatärztliche Behandlung 60 EUR. Bei teilstationärer, vor- und nachstationärer Behandlung sowie bei ambulanten stationärsersetzenden Operationen erfolgt keine Zahlung.	✔ Bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft werden 70 EUR und bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung 40 EUR pro Tag gezahlt (Kinder unter 16 Jahre erhalten jeweils die Hälfte).	✔ Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bettzimmer werden 30 EUR pro Tag gezahlt.
- Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhaus-Aufenthaltes (§9 MB/KK)?	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes. Der Aufenthalt in sog. "gemischten Anstalten" bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.	⚠ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt. Hinweis: Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.	✔ Verzicht auf die rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes, § 4 Abs. 5 (gemischte Anstalten) bleibt hiervon unberührt.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Stationär

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Gemischte Krankenanstalten - keine Zusogerfordernis bei Notfall, Versorgungskrankenhaus, bei Akutversorgung	✔ Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine Notfallanweisung handelt bzw. - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder - im Falle einer Anschlussheilbehandlung (Besonderheiten/Voraussetzungen s. Leistungspunkt "AHB").	✘ Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn - es sich um eine akut stationäre Behandlung handelt. - es sich um eine Anschlussrehabilitation handelt.	✔ Keine vorherige Zusage ist erforderlich - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern - bei Notfallbehandlung - bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung. - sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist	✔ Der Versicherer erstattet die Kosten für medizinisch notwendige akut-stationäre Heilbehandlung in gemischten stationären Einrichtungen.	✔ Ja. Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich: - bei Notfallbehandlung oder medizinisch notwendiger stationärer Operation - wenn die Krankenanstalt das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 km vom Wohnsitz der versicherten Person ist - wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert und die nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt. Bei Tbc-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.	✔ Ja. Es wird sich nicht auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage berufen, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war. Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.
- stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen?	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig.	✔ Stationäre Psychotherapie ist ohne unübliche Einschränkungen erstattungsfähig
- Hospiz (zur Sterbebegleitung)?	✔ Ja, die Kosten für die stationäre Versorgung in einem Hospiz sind erstattungsfähig.	✔ Für eine notwendige stationäre Versorgung in einem Hospiz wird geleistet, wenn - die versicherte Person an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, - die Lebenserwartung voraussichtlich auf Wochen oder wenige Monaten begrenzt ist, - eine ärztliche Verordnung vorliegt und - das Hospiz von der GKV durch Versorgungsvertrag zugelassen ist. Erstattungsfähig sind - einschließlich der Leistungen der Pflegepflichtversicherung - 100% der Aufwendungen bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig.	✔ Ja. Versichert ist die stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen, die palliativ-medizinische Behandlungen durchführen. Es werden die Kosten erstattet, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten abgerechnet werden. Kosten, für die ein anderer Kostenträger leisten muss (vor allem die private Pflegepflichtversicherung), werden nicht ersetzt.	✔ Ja, die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz sind bedingungsgemäß erstattungsfähig. Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.	✔ Ja, die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung sind erstattungsfähig.
Sind Kosten für eine Begleitperson von Kindern im Krankenhaus erstattungsfähig?	✔ Als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gilt auch die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.	✔ Ja. Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, wenn ein nach diesem Tarif versichertes Kind bis zum vollendeten 13. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird.	✔ Bis zum vollendeten 10. Lebensjahr eines nach diesem Tarif versicherten Kindes werden Unterbringung und Verpflegung für ein Elternteil als Begleitperson zu 100% erstattet.	✔ Ja. Wird neben einem versicherten Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auch ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden die Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson erstattet, wenn diese nicht in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten ist.	✔ Erstattet werden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist (gilt als erfüllt, wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist).	✔ Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.

Leistungsvergleich Stationär

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Kuren stationär?	 Stationäre Kuren sind bedningsgemäß nicht erstattungsfähig. Laut Versichererinfo sind bei ambulanten Kuren die ärztlichen Behandlungen, Medikamente, physikalische Maßnahmen und sonstige typische Kurmittel erstattungsfähig.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.	 Erstattet werden bei einer Genesungskur (mind. zehntägige stationäre Krankenhausbehandlung muss vorausgegangen sein) oder sonstigen Kur - jeweils Nachweis der medizinischen Notwendigkeit durch ärztliches Attest erforderlich (bei sonstigen Kuren vor Kurantritt) - in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte ("gemischte Krankenanstalt", Sanatorium) 100% der Aufwendungen für: ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Kurplan, Kurtaxe. Die Aufwendungen für eine sonstige Kur sind höchstens einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dieser Zeitraum rechnet ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem zuletzt Leistungen für eine sonstige Kur gezahlt wurden. Bei einer Genesungskur wird zusätzlich ein Genesungsgeld von 200 EUR pro Tag für längstens vier Wochen gezahlt.	 Erstattet werden bei stationären (und ambulanten) Kuren (auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren) Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel - bis insgesamt max. 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.	 100% der Aufwendungen für ärztlich verordnete stationäre Heilkuren oder Rehabilitationsbehandlungen (nicht AHB's !!), maximal 1.000 EUR. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Abschluss der vorangegangenen Heilkur. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, ärztliche Leistungen, Kurtaxe, Kur- oder Rehabilitationsplan, Arzneimittel, Kurmittel und physikalische Therapie.	Stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig. Es wird ein separater Kurtarif angeboten.
Sonstiges	 Erstattungsfähig ist auch die Übergangspflege im Krankenhaus: - wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der Pflegepflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können - muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen - Versorgung mit Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln, Aktivierung der Versicherten, Grund-/ Behandlungspflege, Entlassmanagement, Unterkunft, Verpflegung, im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung - für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung und - je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wäre. Wahlleistungen sind nicht erstattungsfähig. Stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.		 Erstattungsfähig ist auch die Übergangspflege im Krankenhaus für max. 10 Tage je Krankenhausbehandlung, sofern sie - unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt, - in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und - keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.	 Versichert sind auch: - ambulante stationärsersetzende Operationen bei Vorlage eines Kostenvoranschlages vor Behandlungsbeginn + Fahrten und Transporte (bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 0,30 EUR pro Kilometer); keine Erstattung der Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen (z. B. für Übernachtungen und/oder Verpflegung) - Kinderbetreuungspauschale von 250 EUR p. a. - Kommunikationshilfen (z. B. Gebärdensprache- oder Schriftdolmetscher) zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen - Haushaltshilfen: max. 10 EUR pro Stunde/75 EUR täglich für längstens 28 Tage p. a. Die genauen/weiteren Voraussetzungen/Leistungen sind den Bedingungen zu entnehmen.		 Aus der Versicherung eines Kindes, das das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Unterbringungskosten für eine Begleitperson erstattet, sofern sie nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegegesetzverordnung abgegolten sind. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Zahn						
Zahnbehandlung (%)?	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung inkl. Zahnvorsorge (professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziffer 1040, zweimal im Kalenderjahr) und zahnmedizinische Vorsorgeleistungen) ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung und Prophylaxemaßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching) sind zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung (incl. professionelle Zahnreinigung) ist zu 100% erstattungsfähig.	Zahnbehandlung ist zu 100% erstattungsfähig.
Zahnersatz (%)?	Zahnersatz ist zu 75% erstattungsfähig.	Zahnersatz wird zu 90% erstattet. Keramikverblendungen sind bis einschl. Zahn 8 erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 85% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.	Zahnersatz (hierzu gehören u. a. auch Kunststoff- und Keramik-Verblendungen, Keramik-Verblendschalen (Veneers) sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie) einschl. Aufbissbehelfen und Schienen sind zu 85% erstattungsfähig.	Zahnersatz ist zu 90% erstattungsfähig.
- Kieferorthopädie (%)?	Kieferorthopädie ist zu 75% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 100% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 85% erstattungsfähig.	Kieferorthopädie ist zu 90% erstattungsfähig.  Hinweis: Wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, werden 100% erstattet.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Kieferorthopädie ist ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.	✔ Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Kieferorthopädie ist bis Alter 20 erstattungsfähig. Die Altersbegrenzung entfällt bei Unfall oder schwerer Erkrankung (angeborene Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, skelettale Dysgnathie, verletzungsbedingte Kieferfehlstellung).	✔ Aufwendungen für Kieferorthopädie sind ohne Altersbeschränkung erstattungsfähig.
Gebührenordnung Zahn						
- Erstattung mind. bis zum Höchstsatz der GOZ?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorhanden.
- Erstattung über die Höchstsätze der GOZ hinaus?	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden (soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt).	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.	✔ Im Zahnbereich ist keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorhanden.  Hinweis: Wenn die Aufwendungen unangemessen hoch sind, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.	✔ Es wird auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus geleistet, wenn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOZ getroffen wurde und die Leistungen entsprechend der Gebührenordnung abgerechnet wurden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Erstattung bei gezielter Auslandsbehandlung nicht auf deutsches Kostenniveau begrenzt ?	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Mehrkosten (Kostenanteile, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der BRD übersteigen) werden erstattet, wenn - eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in der BRD nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, - im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.	 Ja. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig. Sofern für eine versicherte Leistung im Ausland keine Abrechnungsbestimmungen existieren, ist das ortsübliche Kostenniveau heranzuziehen.	 Ja. Gebühren im tariflichen Umfang sind über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.	 Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer evtl. geltenden Gebührenordnung oder Taxe für den jeweiligen Behandelnden entsprechen. Eine in der ärztlichen Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer wird erstattet.	 Ja, der Versicherer verzichtet bei der Erstattung auf eine tarifliche Bindung an die deutsche GOZ. Erstattungsfähig sind die ortsüblichen Aufwendungen.	 außerhalb EU/EWR: Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen (gilt auch bei Entbindung, es sei denn, ein Elternteil ist Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes und die Staatsbürgerschaft wird nachgewiesen). Hinweis: innerhalb EU/EWR: Der Versicherer verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ. außerhalb EU/EWR: Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat (oder wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt), wird auf eine tarifliche Bindung an die GOÄ verzichtet.
Zahn						
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis oder eine Begrenzung auf z. B. "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.	 Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden.
- Summenbegrenzung in den ersten Jahren?	 Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten folgende Rechnungshöchstbeträge: insgesamt - 1.800 EUR im 1. und 2. Kalenderjahr - 2.600 EUR im 3. und 4. Kalenderjahr - 3.900 EUR im 5. und 6. Kalenderjahr - 5.200 EUR im 7. und 8. Kalenderjahr - 7.800 EUR im 9. und 10. Kalenderjahr	 Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	 Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren, sofern keine Zähne fehlen. Hinweis: individuelle Zahnstaffel - Begrenzung der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge - bei 2 fehlenden Zähnen auf 250 EUR im 1. Kalenderjahr (Kj.), 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. - bei 3 fehlenden Zähnen auf 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj.	 Für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge: - 3.000 EUR vom 1. bis zum 2. Kalenderjahr - 5.000 EUR vom 1. bis zum 3. Kalenderjahr - 7.500 EUR vom 1. bis zum 4. Kalenderjahr.	 Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 1.000 EUR während der ersten 12 Monate - 2.000 EUR während der ersten 24 Monate - 3.000 EUR während der ersten 36 Monate - 4.000 EUR während der ersten 48 Monate	 Die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind, sofern keine Zähne fehlen, wie folgt begrenzt: - 2.000 EUR im ersten Versicherungsjahr - 4.000 EUR in den ersten 2 Versicherungsjahren - 6.000 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren - 8.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren Hinweis: Zahnstaffel bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: - Wartezeit in den ersten zwei Jahren - im 3. Jahr bis 525 EUR Rechnungsbetrag - im 4. Jahr bis 1.050 EUR Rechnungsbetrag - ab dem 5. Jahr werden die tariflichen Leistungen erbracht

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- entfällt die Summenbegrenzung bei Unfall?	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall.	✔ Keine Summenbegrenzung in den ersten Jahren.	✔ Keine bedingungsgemäße Summenbegrenzung in den ersten Jahren. Die individuelle Summenbegrenzung entfällt für Kosten, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✔ Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.	✔ Die Summenbegrenzung entfällt bei Unfall. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.	✔ Bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstaffel.
- Heil- u. Kostenplan vorgeschrieben?	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 2.500 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (incl. Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) vorzulegen, ansonsten besteht für die über 2.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung. Bei Implantaten ist generell vorab ein Heil- u. Kostenplan (mit Material- und Laborkostennachweis) erforderlich, andernfalls erfolgt eine Kürzung der tariflichen Leistung um 50%.	Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 5.000 EUR oder mehr ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen, andernfalls wird die Tarifleistung für den 5.000 EUR übersteigenden Teil des Rechnungsbetrages auf 45% gekürzt.	Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.500 EUR überschreiten werden, ansonsten werden die über 1.500 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen um 50% gekürzt.	Wenn die voraussichtlichen Kosten für Zahnersatz höher sind als 3.000 EUR, muss dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, ansonsten werden von dem 3.000 EUR übersteigenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrag nur 70% erstattet.	✔ Ein Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers empfohlen.	Ein Heil- und Kostenplan ist bei Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR erforderlich. Bei Nichtvorlage reduziert der Versicherer die Leistung um 50%.
- Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen?	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.	✔ Inlays & Implantate sind ohne unübliche Begrenzungen erstattungsfähig.
- werden Inlays in gleicher Höhe wie Zahnbehandlung erstattet?	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Einlagegefüllungen (Inlays, Onlays) werden wie Zahnersatz erstattet.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet. "Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen)" und "funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)" zählen ebenfalls zur Zahnbehandlung.	✔ Inlays werden wie Zahnbehandlung erstattet.	Inlays werden wie Zahnersatz erstattet.
Sonstiges		✔ Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (Analgesedierung (Dämmerschlaf), Vollnarkose, Lachgas-Sedierung, Akupunktur, Hypnose) im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung. Zahnbehandlung, Zahnvorsorge, Kieferorthopädie und Zahnersatz werden auch dann als zahnärztliche Behandlung (zu 100% bzw. 90%) erstattet, wenn diese von einem Arzt ausgeführt worden sind. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand der Leistungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Wenn Leistungsansprüche bei anderen Kostenträgern bestehen, werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Auf Verlangen muss die andere Leistung nachgewiesen werden. Erstattungsfähig sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh-, Seh- oder Fahruntüchtigkeit, sofern diese auf einer Krankheit oder ärztlichen Behandlung beruht/beruhen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag beträgt zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehuntüchtigkeit zu 100% erstattet. Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit ist nicht versichert.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Markteinführung des Tarifes (Jahr):	✔ MAS.Bonus, URZ: Markteinführung: 01.2013	✔ Markteinführung: 10.2016	✔ Markteinführung: 01.2013	✔ S1., AM10., Z9: Markteinführung: 03.2017 PPN: Markteinführung: 1995	✔ Markteinführung: 01.2013	✔ Prem Zahn-U: Markteinführung: 01.2013 VA6-U: Markteinführung: 04.2013
Tarif nicht mehr im Verkauf seit (Jahr):	✔ Tarif ist aktuell.	✔ Tarif ist aktuell.		✔ S1., AM10., Z9: Tarif ist aktuell.		
Markteinführung BiSex-"Vorgängertarif" (Jahr):	✔ Markteinführung Vorgängertarif "MAS Bonus": 01.2011	Kein Vorgängertarif bekannt.	✔ Markteinführung Vorgängertarif "VHV 1A": 01.2009	Kein Vorgängertarif vorhanden.		
Antragsfragen/Annahmerichtlinien						
- Rückfragezeitraum im Antrag bei ambulanten Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (Kinderwunschbehandlung zeitlich unbegrenzt).	Nein. Bei Beobachtungen/Untersuchungen/Behandlungen z. B. in einem Krankenhaus und bei ambulanten Operationen beträgt der Abfragezeitraum 5 Jahre, bei Sucht-/Kinderwunschbehandlung, Essstörung 10 Jahre (in allen anderen Fällen 3 Jahre).	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (5 Jahre bei ambulanten Operationen).	✔ Ja, der Abfragezeitraum beträgt im ambulanten Bereich max. 3 Jahre (bei Behandlungen/Untersuchungen usw. aufgrund psychischer/psychosomatischer Erkrankungen 5 Jahre).
- Rückfragezeitraum im Antrag bei psychotherapeutischen Behandlungen max. 3 Jahre rückwirkend?	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 10 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.	Nein, der Abfragezeitraum für Psychotherapie beträgt 5 Jahre.
- Rückfragezeitraum im Antrag bei stationären Behandlungen max. 5 Jahre rückwirkend?	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.	✔ Ja, der Abfragezeitraum für stationäre Aufenthalte beträgt max. 5 Jahre.
- Verzichtet der Versicherer auf Fragen nach "unbehandelten Beschwerden/Krankheiten"?	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 3 Jahren unbehandelte Krankheiten, Beschwerden (...)"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "(...) oder liegen zzt. gesundheitliche Beschwerden vor?" und "Bestehen (...) wiederkehrende Beschwerden (...)?"	Nein. Im Antrag wird gefragt "(...) oder bestanden Krankheiten, Behinderungen oder Beschwerden, die nicht behandelt worden sind?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen (...) andauernde oder wiederkehrende Beschwerden (...), die in den oben abgefragten Zeiträumen nicht behandelt oder untersucht wurden?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden), Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?"	Nein. Im Antrag wird gefragt: "Bestehen Krankheiten, Fehlstellungen, Fehlbildungen, Funktionsbeeinträchtigungen (...) - auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?"
- bis wie viele fehlende Zähne ist ggf. eine Annahme möglich?	✔ bis 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung ab 11 ersetzten/überkronten Zähnen: Ablehnung	✔ 1-3 fehlende/nicht ersetzte Zähne: 5 EUR Risikozuschlag für jeden fehlenden/nicht ersetzten Zahn 4-5 fehlende/nicht ersetzte Zähne: aktueller Zahnstatus erforderlich mehr als 5 ersetzte Zähne mit Zahnersatz älter als 5 Jahre: aktueller Zahnstatus erforderlich 6 und mehr fehlende/nicht ersetzte Zähne: Ablehnung	✔ Bis zu 3 fehlende, nicht ersetzte Zähne (Ersatz ist nicht angeraten oder beabsichtigt) sind versicherbar. 1 fehlender Zahn: keine Einschränkungen 2 und 3 fehlende Zähne: individuelle Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. ... Jahre") ab 4 fehlenden Zähnen: Versicherungsmöglichkeit besteht, sobald diese ersetzt sind	Keine Leistung vorhanden.	✔ Fehlende Zähne sind mitversichert (tarifabhängiger Risikozuschlag je fehlenden Zahn).	✔ bei bis zu 5 fehlenden Zähnen: begrenzte Zahnstaffel (s. Punkt "Summenbegrenzung max. ...Jahre") bei 6 fehlenden Zähnen: Leistungsausschluss
- sind Kinder alleine (ohne Elternteil) versicherbar?	✔ Kinder sind erst ab einem Eintrittsalter von 6 Jahren alleine versicherbar.	✔ Kinder sind ab Vollendung des 1. Lebensjahres auch alleine versicherbar, VN muss aber mindestens einen Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldtarif beim Versicherer abschließen/abgeschlossen haben.	✔ Kinder sind auch alleine versicherbar.	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.	Nein, Kinder sind nicht alleine versicherbar.	✔ Kinder sind erst ab dem 16. Lebensjahr alleine versicherbar.
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	s. nächsten Leistungseintrag	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	AM10., Z9: Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.	Der Tarif sieht keine vertraglich garantierte BRE vor.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Höhe garantierte BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						
Höhe garantierte BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?	✔ Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach dieser Tarifstufe besteht, einen Bonus von 60 EUR – maximal 720 EUR je Kalenderjahr je versicherte Person. Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des Versicherungsnehmers ausbezahlt, sofern der Beitrag per Lastschriftinzugsverfahren gezahlt wird. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720 EUR auf den Erstattungsbetrag angerechnet, auch dann, wenn die Versicherung nach diesem Tarif vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.					
Höhe garantierte BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	✔ gleiche BRE wie Erwachsene					
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) nach 1 leistungsfreien Jahr?	Die BRE bei Leistungsfreiheit beträgt ab 2025 (Auszahlung in 2026 ff.): 1 MB für 1 Kalenderjahr (Kj.) 1,25 MB für 2 Kj. 1,5 MB für 3 Kj. 1,75 MB für 4 Kj. 2 MB für 5 Kj. 2,25 MB für 6 Kj.	 Bei ununterbrochener Leistungsfreiheit ab Beginn des Versicherungsverhältnisses beträgt die BRE für - 1 Jahr: 1,5 MB - 2 Jahre: 1,5 MB - 3 Jahre: 1,5 MB - für 4 und mehr Jahre bzw. bei Unterbrechung der Leistungsfreiheit: s. u. Die BRE beträgt bei Leistungsfreiheit für - 1 Jahr: 0,75 MB - 2 Jahre: 1 MB - 3 Jahre: 1,25 MB - 4 Jahre: 1,5 MB - 5 Jahre: 2 MB - 6 Jahre: 2,5 MB - 7 Jahre: 3 MB Hinweis: für Neukunden und seit Vertragsbeginn leistungsfrei gebliebene Bestandskunden	BRE ab 2024 (Auszahlung in 2025 ff.): 1 MB für 1 leistungsfreies Jahr 1,5 MB für 2 leistungsfreie Jahre 2 MB für 3 und mehr leistungsfreie Jahre	AM10.: Bei Leistungsfreiheit im ambulanten Bereich wird eine BRE von 2 MB gezahlt. Z9: Die BRE beträgt 2 MB ab 1 leistungsfreien Kalenderjahr im zahnärztlichen Bereich.	BRE: - 1 Jahr leistungsfrei: 10% des Jahresbeitrags (BONUS 10) - 2 Jahre leistungsfrei: 15% des Jahresbeitrags (BONUS 15) - 3 Jahre leistungsfrei: 20% des Jahresbeitrags (BONUS 20) - 4 Jahre und mehr leistungsfrei: 20% des Jahresbeitrags (BONUS 20)	s. nächsten Leistungseintrag
Höhe erfolgsabhängige BRE (in Monatsbeiträgen) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?	gleiche BRE wie Erwachsene	gleiche BRE wie Erwachsene	gleiche BRE wie Erwachsene	AM10., Z9: gleiche BRE wie Erwachsene	BONUS 35: 35% des Jahresbeitrags für jedes leistungsfreie Jahr (wird die versicherte Person im BONUS-Jahr 21 Jahre alt, wird BONUS 35 anteilig einschl. des Geburtsmonats gezahlt, für das restliche Jahr anteilige Auszahlung der Erwachsenen-BRE in Abhängigkeit der Anzahl leistungsfreier Jahre).	

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) nach 1 leistungsfreien Jahr?						 BRE ab 2024 (Auszahlung 2025 ff.):  1.000 EUR bei 1-4 leistungsfreien* Jahren 1.300 EUR ab 5 leistungsfreien* Jahren (* im ambulanten und stationären Bereich) jährlicher Verhaltensbonus (ab Alter 20): BMI (zwischen 18,5 und 25): 25 EUR Nichtraucher: 25 EUR Fitness: 50 EUR Hinweis: zzgl. evtl. Verhaltensboni, s. Textübersicht
Höhe erfolgsabhängige BRE (in EUR) für Kinder nach 1 leistungsfreien Jahr?						 bis Alter 19: 200 EUR ab 1 leistungsfreien Jahr
- Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	 Gutscheine für Vorsorgeuntersuchungen als freiwillige* Leistung:  - angelehnt an die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Umfang entspricht den gesetzlich vorgesehenen Programmen - jeweiliger Einlösezeitraum ist auf 2 Jahre begrenzt - Frauen ab Alter 20, Männer ab Alter 35 * aus Überschüssen finanziert, von der Mitgliederversammlung festgelegt Hinweis: Die BRE-unschädliche Erstattung gilt nur für Vorsorgegutscheine, s. Langtext.	 Ja. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen, zahnmedizinische Vorsorgeleistungen und PZR sind BRE-unschädlich.	 Ja. Vorsorgeuntersuchungen und zahnprophylaktische Leistungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen handelt.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: AM10.: Vorsorgeuntersuchungen (und Schutzimpfungen) sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR p. a. BRE-unschädlich. Die entsprechenden Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge auszuweisen. Z9: Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen bis zu Rechnungsbeträgen von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr sind BRE-unschädlich, vorausgesetzt, diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Vorsorgeleistungen ausgewiesen (separate Rechnung).	 Ja. Vorsorgeuntersuchungen gem. dem den Bedingungen angehängten Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale sind BRE-unschädlich.	 Ja. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen sind BRE-unschädlich.
- Sollen Schutzimpfungen ohne Auswirkungen auf die BRE erstattet werden?	Nein.	 Ja. Impfungen gem. Bedingungen sind BRE-unschädlich.	 Ja. Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der jeweiligen Rechnung erkennbar ist, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.	 Zahntarif - Leistungsmerkmal nicht relevant  Hinweis: (Vorsorgeuntersuchungen und) Schutzimpfungen sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR p. a. BRE-unschädlich. Die entsprechenden Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge auszuweisen.	Nein.	 Ja. Im Tarif genannte Schutzimpfungen sind BRE-unschädlich.
- Sollen weitere / andere Leistungen ohne Auswirkungen auf die BRE sein?	Nein.	Nein.	 Ja. Die Entbindungspauschale ist BRE-unschädlich, sofern für den Versicherer in der Rechnung erkennbar ist, dass es sich um eine Hausentbindung handelt.	AM10., Z9: Nein.	Nein.	Nein.
- Wird die BRE fürs 1. Jahr bei unterjährigem Versicherungsbeginn anteilig gezahlt?	 anteilige - garantierte - BRE bei unterjährigem Beginn  Hinweis: keine anteilige - erfolgsabhängige - BRE bei unterjährigem Beginn	 Ja.	 Ja.	 AM10., Z9: Ja.	 Ja.	 Ja.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Werden leistungsfreie Jahre beim Vorversicherer angerechnet?	Nein.	Nein.	Nein.  Hinweis: Bei Umstellung in Vollversicherungstarife werden die leistungsfreien Jahre aus allen Barmenia-Ergänzungstarifen (Ausnahme: Optionstarife, bKV-Tarife) auf die BRE-Staffel angerechnet.	AM10., Z9: Nein.	 Anrechnung leistungsfreier Vorversicherungszeiten für PKV- und GKV-Wechsler: - Vorversicherungszeit von mind. 12 Monaten - es werden alle vollen, durchgängig leistungsfreien Kalenderjahre unmittelbar vor dem Wechsel angerechnet - bei unterjährigem Wechsel muss Leistungsfreiheit bis zum Wechselzeitpunkt bestanden haben - bisherige Leistungsfreiheit muss nachgewiesen werden Anrechnung Vorversicherungszeit im Tarif OptionFlexiMed (OFM02): - VP war unmittelbar vor Abschluss des BRE-berechtigten Tarifs im OFM02 versichert - BRE-berechtigter Tarif wurde durch Ausübung der Option des OMF02 abgeschlossen - Kalenderjahre, in denen der OFM02 jeweils für volle 12 Monate ununterbrochen bestand, werden als leistungsfreie Jahre bei der BONUS-Höhe berücksichtigt	Nein.
Ausland						
- Dauer des weltweiten Versicherungsschutzes?	 MAS.Bonus: Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung. URZ: Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit.	 Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: außereuropäisches Ausland: Es besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn a) beim Versicherer bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer KV Voll sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im 1-Bettzimmer sowie privatärztliche Behandlung im Krankenhaus besteht. b) die PPV während des Auslandsaufenthaltes (auch in Form einer großen Anwartschaft) fortgeführt wird. Anderenfalls besteht während der ersten 3 Monate ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	 S1., AM10., Z9: Es besteht - zeitlich unbegrenzter - weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.	 Weltweiter Versicherungsschutz besteht für 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts (kann durch gesonderte Vereinbarungen ausgedehnt werden). Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus verlängert werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	 Die Leistung ist vorhanden.  Hinweis: Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland (während der ersten 6 Monate ohne besondere Vereinbarungen). Für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- med. notwendige Rücktransport aus dem Ausland?	✔ MAS.Bonus: Rücktransport aus dem Ausland ist nicht erstattungsfähig. URZ: Rücktransport aus dem Ausland ist erstattungsfähig. Der Anspruch vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären. 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre.	✔ Nach vorheriger Leistungszusage werden Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen Krankenrücktransport aus dem Ausland (ggf. auch für eine mitversicherte Begleitperson) zu 100% vergütet, ohne Zusage max. 5.000 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und 10.000 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland. Überführungskosten werden zu 100% ersetzt, ebenso wie Bestattungskosten im Ausland, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung an den Ort entstanden wären, an dem die versicherte Person zuletzt ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte. Erstattungsfähig sind auch unter bestimmten Voraussetzungen Mehrkosten bis zu 5.000 EUR je Versicherungsfall für die Rückführung mitreisender minderjähriger - bei der INTER versicherten - Kinder (einschließlich Begleitperson) des nach Tarif JABest versicherten Erwachsenen aus dem Ausland an den Wohnsitz - bei Tod oder Rücktransport.	✔ Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig - Rettungsflüge ohne Begrenzung, sonstige Krankentransporte max. bis zu den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person. Überführungskosten und Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland werden analog sonstiger Krankentransporte erstattet.	✔ S1.: Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport zur stationären Weiterbehandlung im Heimatland bei Krankheit oder Unfall: - bei einem versicherten Elternteil: inkl. der entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder, sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist - bei versicherten minderjährigen Kindern: inkl. der Kosten einer notwendigen Begleitperson Der Versicherer organisiert den Transport. Im Todesfall sind die Kosten für die Überführung der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland bis maximal 12.000 EUR versichert. Bergungskosten werden bis max. 12.000 EUR pro Versicherungsfall erstattet, wenn kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. private Unfallversicherung). AM10.: Rücktransporte aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.	✔ Rücktransport aus dem Ausland ist zu 100% erstattungsfähig (auch im Ambulanzflugzeug). Überführungskosten werden zu 100% ersetzt, Bestattungskosten im Ausland ebenfalls zu 100%, max. jedoch bis zu der Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung angefallen wären.	✔ Die Mehrkosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland sind erstattungsfähig. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Überführungskosten in das Heimatland werden bis zu 5.200 EUR erstattet.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- besteht bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung der dort ortsüblichen Preise; es entfallen auch die Höchstbeträge des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen sowie des Heilmittelverzeichnis, sofern diese im Tarif enthalten sind. Der Versicherer ist innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung darüber zu informieren. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Es kann auch die Umwandlung in eine Anwartschaft beantragt werden (innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung). Aufenthalte bis zu einer Dauer von 6 Monaten (vorübergehende Unterbrechungen miteingerechnet) gelten nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes.	✔ Ja. Bei vorübergehender Verlegung von bis zu 12 Monaten (Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden zusammengezählt) innerhalb der EWR-Vertragsstaaten/in die Schweiz bleibt der volle tarifliche Leistungsumfang erhalten.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ S1.: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen. AM10., Z9: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. S1., AM10.: Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	✔ Bei vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ortsüblichen Kosten geleistet.	✔ Ja, bei vorübergehender Verlegung (bis zu 6 Monate) besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- besteht bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tariff. Leistung? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✔ Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR oder in die Schweiz erhält die versicherte Person die volle tarifliche Erstattung der dort ortsüblichen Preise; es entfallen auch die Höchstbeträge des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen sowie des Heilmittelverzeichnisses, sofern diese im Tarif enthalten sind. Der Versicherer ist innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung darüber zu informieren. Ggf. kann ein Beitragszuschlag für die Dauer des Aufenthaltes erhoben werden. Bei Ablehnung des Zuschlages oder nicht fristgerechter Meldung der Verlegung ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb des EWR/in die Schweiz kann der Versicherungsnehmer gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung beantragt wird. Anderenfalls ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Es kann auch die Umstellung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR oder in die Schweiz sind die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.	✔ S1.: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. Erstattet werden die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt sowie separat berechenbare privatärztliche Behandlungen. AM10., Z9: Ja. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der EU/des EWR sind die Kosten für ärztliche Abrechnungen (Liquidationen) versichert, die der geltenden Gebührenordnung für den jeweiligen Behandelnden und/oder den sonstigen Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen. S1., AM10.: Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung, max. bis zu dem Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre (es wird der niedrigere Betrag zugrunde gelegt). Die Begrenzung entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung mindestens 182 Tage zusammenhängend in dem Land verbracht hat, in dem die Entbindung stattfindet.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in ein anderes europäisches Land ist die Fortsetzung möglich. Es wird bis zu den dort ortsüblichen Kosten geleistet.	✔ Bei dauerhafter Verlegung (länger als 6 Monate) besteht dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn rechtzeitig eine besondere Vereinbarung (ggf. zeitlich begrenzt und/oder Beitragszuschlag) getroffen wurde. Weitere Verlängerung möglich.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Wohnsitzverlegung in das außereuropäische Ausland möglich?	✔ Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird und die Gewährung von Versicherungsschutz im anderen Staat zulässig ist. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Beitragszuschlag und/oder einen Tarifwechsel vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis. Darf der Versicherer in diesem Staat keinen Versicherungsschutz anbieten, endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, von dem an der Versicherer die versicherte Person nicht mehr versichern darf. In beiden Fällen kann zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen für eine spätere Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden (Antragstellung innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung bzw. Beendigung des Versicherungsverhältnisses). Aufenthalte bis zu einer Dauer von 6 Monaten (vorübergehende Unterbrechungen miteingerechnet) gelten nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes.	✔ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (> 12 Monate Dauer) verpflichtet sich die INTER zur Fortführung des Versicherungsschutzes (ggf. gegen Beitragszuschlag, mit Ausschluss oder Begrenzung der Leistungen für Krankenrücktransport aus dem Ausland sowie Überführung oder Bestattung im Todesfall), wenn der Versicherungsnehmer dies bis zum Ablauf des sechsten Monats des Aufenthaltes beantragt und wenn und solange die versicherte Person über eine Bankverbindung in Deutschland verfügt. Wird die Vereinbarung befristet und beantragt der Versicherungsnehmer vor Fristablauf eine weitere Fortsetzung des Versicherungsschutzes, verpflichtet sich der Versicherer erneut, eine anderweitige Vereinbarung anzubieten. Ohne Vereinbarung besteht auch seitens des Versicherers das Recht, außerordentlich zu kündigen. Der Versicherungsnehmer kann aber auch die Umstellung in eine Anwartschaft verlangen.	nur unter Vorbehalt: Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU, des EWR, der Schweiz kann der Vertrag aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung - ggf. mit angemessenem Beitragszuschlag - fortgesetzt werden. Ohne Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von der Verlegung Kenntnis erlangt. Bei nur vorübergehender Verlegung kann die Umwandlung in eine Anwartschaft verlangt werden.	✔ S1., Z9: Ja, s. ambulanten Tarif. AM10.: Ja. Bei Wohnsitzverlegung (es werden mehr als 182 Tage zusammenhängend in einem Staat außerhalb der EU/des EWR verbracht (vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland)) kann das Vertragsverhältnis fortgesetzt werden; der Versicherer darf dann aber ab dem 183. Tag einen länderspezifischen Beitragszuschlag erheben, ansonsten endet das Versicherungsverhältnis oder kann in eine Anwartschaft umgestellt werden.	✔ Bei Wohnsitzverlegung in einen Staat außerhalb der EU/des EWR besteht das Recht auf Weiterführung (befristet auf max. 5 Jahre), ggf. mit (länderabhängigem) Beitragszuschlag (entfällt bei Rückkehr). Ohne Vereinbarung endet das Vertragsverhältnis oder kann in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden. Hinweis: Weiterführung befristet auf max. 5 Jahre	✔ Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts bzw. solange eine besondere Vereinbarung getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung. Der Versicherte kann stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
Optionsrecht auf Höhrversicherung						
- Optionsrecht auf Höhrversicherung in bessere Tarife?	Kein Optionsrecht auf Höhrversicherung.	Es ist kein Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten.	✔ Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten.	✔ S1., AM10., Z9: Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten. ⚠ Hinweis: Die Höhe der Selbstbeteiligung kann immer zum 1. des nächsten Monats geändert werden - auf Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).	Kein Optionsrecht auf Höhrversicherung.	✔ Optionsrecht auf Höhrversicherung enthalten.
Option - Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe)?		Keine Leistung vorhanden.	✔ Optionsrecht in höheren Tarif oder geringere SB-Stufe nach 3 oder 5 oder 7 Versicherungsjahren.	✔ S1., AM10., Z9: Bei Erreichen des 30., 35., 40., 45. oder 50. Lebensjahres kann der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umgestellt werden. Termin der Umstellung ist der 1. des Geburtsmonats; Antragstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: S1., AM10., Z9: 5 feste Optionszeitpunkte bei einem Eintrittsalter < 30.	Keine Leistung vorhanden.	✔ Neben der Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen (z.B. Erlangung des Facharzttitels, Niederlassung, Heirat) das Optionsrecht wahrzunehmen, können Versicherte auch die Umstellung zu Beginn des 6. Versicherungsjahres verlangen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Option - beinhaltet der Tarif ein anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)?			✔ Zusätzliches, anlassbezogenes Optionsrecht auf Höherversicherung - innerhalb der ersten 15 Versicherungsjahre: - einmal bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. Berufsqualifikation eines Kindes der versicherten Person - einmal bei beruflichem Statuswechsel zwischen Angestelltentätigkeit und Selbstständigkeit - bei Entsendung der versicherten Person ins Ausland Des Weiteren ist nach Reduzierung des Versicherungsschutzes (max. zweimal) eine Rückumstellung nach 2 Jahren in zuvor bestehenden Tarif möglich.	✔ ⚠ S1., AM10., Z9: Ja, das Optionsrecht kann auch zu folgenden Ereignissen ausgeübt werden: - bei Entsendung ins Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist, - bei Aufenthalt im Ausland, die länger als 182 Tage zusammenhängend dauern, - einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person, - bei Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt Ausbildung, Bachelor, Master, Staatsexamen), sofern eine der Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. - bei Heirat/Eintragung einer Lebenspartnerschaft, - bei Scheidung/Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, - bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner, wenn beide Partner nach diesem Tarif versichert sind. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs, - bei einer Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit (bei Selbstständigen: Einkommensnachweis der letzten 3 Jahre erforderlich). Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses, welches nachzuweisen ist, beantragt werden. Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Hinweis: S1., AM10., Z9:		✔ Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen: - Einmalig bei Abschluss der Berufsausbildung bzw. -qualifikation der versicherten Person - Erlangung des Facharztstitels - Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt - Niederlassung - Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person (in diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand) - Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind) - Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet
				Bei Elternzeit, Altersteilzeit, Pflegezeit, Arbeitslosigkeit oder Sabbatjahr kann auf Antrag der Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt werden - spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses, welches nachgewiesen werden muss. Ist das Ereignis beendet, wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ursprünglichen Tarif umgestellt.		

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Option - verzichtet der Tarif auf zusätzliche Risikozuschläge/Ausschlüsse für nach Versicherungsbeginn aufgetretene Erkrankungen?			✓ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.	✓ S1., AM10., Z9: Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.		✓ Für Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes auftreten, werden bei Ausübung des Optionsrechtes keine zusätzlichen Risikozuschläge oder Ausschlüsse vereinbart.
Option - gilt das Optionsrecht für die versicherte Person uneingeschränkt in alle möglichen Zieltarife des Versicherers?			✓ Ja, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option.	✓ S1.: Ja, es gibt keine Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option. AM10.: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIa der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig. Z9: Ja, es gibt keine grundsätzlichen Beschränkungen hinsichtlich der Zieltarife bei Ausübung der Option, nur allgemeine Voraussetzungen: - der gewünschte Tarif ist zu dem Wechselzeitpunkt für neue Versicherte geöffnet oder - der gewünschte Tarif ist im Teil IIz der allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten, - und die versicherte Person ist im gewünschten Tarif versicherungsfähig.		⚠ Es kann sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangt werden. Hinweis: VA6-U: Es ist jedoch keine Umstellung in Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, möglich, wenn diese vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.
Option - gilt das Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen?			✓ Ja, für mitversicherte Personen (z. B. mitversicherte Kinder) gelten die gleichen Optionsrechte wie für die erste versicherte Person.	✓ S1., AM10., Z9: Ja, der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass auch ein mitversichertes Kind in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne Gesundheitsprüfung umgestellt wird: - gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, - einmalig bei Abschluss der Schulausbildung, - je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums. Die Umstellung muss spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses beantragt werden.		✓ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Für im Rahmen der Kindernachversicherung mitversicherte Personen gilt das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres nicht.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Option - gilt die Option uneingeschränkt auch dann, sofern die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des VR versichert war?			Das Optionsrecht besteht nur dann, wenn in dem letzten Monat vor Beginn des Tarifes für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bestand.	 S1., AM10., Z9: Das Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.		 Das anlassbezogene Optionsrecht besteht auch, wenn vor Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person eine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden hat.  Hinweis: Das Optionsrecht zu Beginn des 6. Versicherungsjahres darf nur ausgeübt werden, wenn mit diesem Tarif erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wurde.
Option - bis zu welchem Alter besteht das Optionsrecht?			 Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.	 S1., AM10., Z9: Das "normale" Optionsrecht muss spätestens zum 50. Lebensjahr ausgeübt werden.  Hinweis: S1., AM10., Z9: Das anlassbezogene Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.		 Das Optionsrecht kann ohne festgelegte Altersgrenze ausgeübt werden.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Reha / Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung (AHB), Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM))						
Reha-/AHB-Regelungen (Leistungen) des VR gem. Bedingungen	✓ AVB, Teil I (§ 4 (4)) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif/ die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) umfasst. AVB, Teil II (§ 5 (7)) Die Leistungseinschränkung gem. § 5 (1d) MB/KK 2009 gilt nicht bei ambulanter und stationärer medizinisch notwendiger AHB. Tariflicher Leistungsanspruch(,) - wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage erteilt hat oder - für die ersten 3 Wochen ((Folge-) Verlängerungen auf Antrag möglich) einer innerhalb von 28 Tagen (aus medizinischen Gründen / mangels Verfügbarkeit einer geeigneten AHB-Einrichtung ggf. auch später) nach einer stationären Akutbehandlung begonnenen AHB. (vom Rehaträger bewilligte/zu bewilligende Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen/werden angerechnet, s. auch nächsten Leistungspunkt)	✓ AVB, Teil I, § 4 (7) Aufwendungen bzw. nach Vorleistung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers verbleibende Aufwendungen (mit Ausnahme von Zuzahlungen) für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit für diese bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 28 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen ein späterer Beginn der Anschlussrehabilitation indiziert ist, ist auch ein späterer Beginn möglich. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in "gemischten Krankenanstalten" ist eine vorherige Leistungszusage nicht erforderlich, wenn es sich um eine Anschlussrehabilitation unter den Voraussetzungen von Absatz 7 handelt. AVB, Teil II Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere ambulante oder stationäre Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7. Es besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.	✓ Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen (AHB) fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. AHB fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für 3 Wochen ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR.	✓ S1.: Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu. Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherten erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu. Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation. AM10.: Versichert ist die medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern sie innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus beginnt. Ist ein Beginn innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüft der Versicherer die Gründe und sagt bei einer medizinisch notwendigen AHB die Leistungen auch für einen späteren Beginn zu. Dauert die AHB voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt: Für die Leistung ab der 5. Woche ist eine schriftliche Zusage des Versicherten erforderlich; er empfiehlt, die Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einzuholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagt der Versicherer die Leistung zu. Versichert sind auch ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation. S1., AM10.: Keine Kostenersatzung, wenn andere Kostenträger (z. B. ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.	✓ Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Weitere Regelungen/Leistungen (teilweise) vorhanden, s. nachstehende Leistungspunkte.	✓ Nr. 27 TB 2012 (Teil II) - AHB (stat.) Eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung im Anschluss an die stat. Behandlung wird bei nachstehenden Diagnosen/Behandlungen ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 4 Wochen (in medizinisch begründeten Einzelfällen ggf. auch später) nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt: Herztransplantationen, Bypass-OP; akuter Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheiben-OP, Gelenkersatz-OP, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schwere Schädel-Hirnverletzungen, Nierentransplantation, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen. Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehaträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt. AHB (amb.) Anstelle einer stat. AHB ist eine amb. Reha-Maßnahme (ärztl. Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung, Ernährungsberatung) erstattungsfähig, vorausgesetzt, die amb. Rehabilitationseinrichtung steht unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes und es besteht dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehaträger. Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Erstattung verbleibender stationärer Wahlleistungen unabhängig von evtl. Kostenübernahme durch RehaTräger?	 Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde leistungspflichtig ist, muss bei diesem vor Beginn der AHB bzw. der Verlängerung ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden werden. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden. Hinweis: Leistungen nur im Rahmen einer AHB.	Nein. Wahlleistungen sind nur erstattungsfähig, soweit für Aufwendungen einer Anschlussreha bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger dem Grunde nach kein Anspruch geltend gemacht werden kann.	Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.	S1.: Nein. Ein Erstattungsanspruch besteht nur, wenn andere Kostenträger nicht leisten müssen. AM10.: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	 Der Versicherer ist für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung (oder Unfallversicherung) notwendig bleiben. Hinweis: Leistungen nur für Anschlussheilbehandlungen „im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation“.	Nein. Wahlleistungen werden nicht erstattet.
Ambulante Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 S1.: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant AM10.: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	 Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Anschlussheilbehandlung/AHB (Behandlungserfolg kann nicht durch einzelne ärztliche oder physikalisch-medizinische Maßnahmen erzielt werden), die innerhalb von 2 Wochen (je nach zu behandelnder Erkrankung oder Unfallfolge ggf. auch später) nach Entlassung aus der akuten stationären Heilbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird, werden – nach vorheriger schriftlicher Zusage (ggf. Befundbericht erforderlich) – folgende Aufwendungen – zu 100% - erstattet: - ärztliche Leistungen, die als Bestandteil der Leistungen der Rehabilitationseinrichtung berechnet werden, - Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, - Beratungs- und Schulungsleistungen. Bei Durchführung einer neurologischen oder geriatrischen AHB ist die Erstattung für Leistungen der Einrichtung auf 200 EUR pro Behandlungstag begrenzt und bei sonstigen AHB auf 150 EUR. Zusätzlich werden gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach GOÄ zu 100% ersetzt.	 Ja. Leistung vorhanden, s. o.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Stationäre Anschlussreha/ (AHB / AGM) mitversichert?	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ S1.: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM10.: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Bei einer medizinisch notwendigen (teil-) stationären AHB (Behandlungserfolg kann nicht durch ambulante Maßnahmen erzielt werden), die innerhalb von 2 Wochen (je nach zu behandelnder Erkrankung oder Unfallfolge ggf. auch später) nach Entlassung aus der akuten stationären Heilbehandlung durchgeführt wird, werden – nach vorheriger schriftlicher Zusage (ggf. Befundbericht erforderlich) – folgende Aufwendungen – zu 100% - erstattet: - allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem KHEntG oder der BPRIV berechnungsfähig sind (ggf. einschl. Begleitperson), wahl- und belegärztliche Leistungen, gesondert berechnungsfähige Unterkunft (1-, 2-Bettzimmer) bzw. - in einem Krankenhaus, das nicht dem KHEntG oder der BPRIV unterliegt: Unterkunft (1-, 2-, Mehrbettzimmer), Verpflegung, Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, medizinisch begründete Nebenkosten (ggf. einschl. Begleitperson), die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte sowie gesondert berechnete ärztliche Leistungen.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.
Anschlussreha (AHB / AGM) ohne übliche Einschränkungen?	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre AHB werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ S1., AM10.: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	✖ Nein. AHB werden nur nach vorheriger Zusage erstattet (ambulant: Erstattungshöchstbeträge beachten, s. o.).	✖ Nein. stationäre AHB: nur bei bestimmten Diagnosen/Behandlungen ambulante AHB, bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).
Sonstige ambulante Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ S1.: stationärer Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant AM10.: Ja. Leistung vorhanden, s. o.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Sonstige stationäre Reha-Maßnahmen mitversichert?	Nein. Keine Leistung vorhanden.	Nein. Keine Leistung vorhanden.	✔ Ja. Leistung vorhanden, s. o.	✔ S1.: Ja. Leistung vorhanden, s. o. AM10.: ambulanter Tarif - Leistungsmerkmal nicht relevant	✔ Bei ärztlich verordneten stationären Behandlungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation (stationäre Rehabilitationsbehandlung) werden folgende Aufwendungen - zu 100% (unter Anrechnung der Selbstbeteiligung) - erstattet: - Unterkunft und Verpflegung in Krankenhäusern, - ärztliche Leistungen, - Kur- oder Rehabilitationsplan, - Arzneimittel, die von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind, - Kurmittel, - physikalische Therapie, die von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet worden ist, - Kurtaxe. Die Erstattung ist auf max. 1.000 EUR je Maßnahme begrenzt; erneuter Anspruch frühestens 24 Monate nach Abschluss der vorangegangenen Behandlung. Keine Leistungspflicht besteht für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.	Nein. Keine Leistung vorhanden.
Sonstige ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen ohne übliche Einschränkungen?	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	Nein. Sonstige Reha-Maßnahmen sind nicht mitversichert.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Stationäre Reha-Maßnahmen werden erstattet, wenn die stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.	✔ S1., AM10.: Ja. Keine üblichen Einschränkungen.	Nein. Es werden nur sonstige stationäre Reha-Maßnahmen erstattet (bis 1.000 EUR je Maßnahme).	Nein. Erstattet werden nur ambulante AHB/ ambulante Reha-Maßnahmen (bei Leistungserbringung durch einen Arzt: ärztliche Leistungen + Einrichtungsgebühren bis zur Höhe, die für die Versorgung eines GKV-Versicherten aufzuwenden wären).
Allgemeine Kriterien / Ausland / Antrag						
- Entziehungsmaßnahmen - 100% Erstattung/ mind. 3 Maßnahmen?	✔ Nach vorheriger schriftlicher Zusage wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen für stoffgebundene Suchterkrankungen (keine Nikotinsucht) geleistet, wenn - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, - die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung oder die ambulante Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt. Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100% erstattungsfähig, bei der zweiten und dritten 80%. Die verbleibenden 20% sind nach Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Bei stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.	Nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage sind ambulante oder stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (außer für Nikotinsucht) im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger, Ärzteversorgungswerke) bestehen. Bei einer ambulanten Entziehungsmaßnahme werden 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen (keine Fahrtkosten). Bei stationären Maßnahmen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen sowie die Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus erstattet.	✔ Erstattet werden insgesamt drei ambulante/ stationäre Entziehungsmaßnahmen, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat und Erfolgsaussichten bestehen. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Kostenträger werden angerechnet.	✔ S1.: Versichert sind insgesamt drei stationäre (und ambulante) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger). AM10.: Versichert sind insgesamt drei ambulante (und stationäre) Maßnahmen zur Entwöhnung - pro Diagnose (keine Nikotinsucht), sofern kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist (z. B. Rentenversicherungsträger).	✔ Erstattet werden nach vorheriger Zusage insgesamt höchstens 3 ambulante/stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit - zu 100%. Bei stationären Maßnahmen werden max. die allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern haben Vorrang. Weitere Voraussetzungen/Details sind den Bedingungen zu entnehmen.	Erstattet werden während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt höchstens drei ambulante/stationäre Entziehungsmaßnahmen (außer bei Nikotinsucht) zu 80%, sofern - der Versicherer vorab eine Leistungszusage erteilt hat - es sich um keine Rehabilitation/Entziehungsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht - hinreichende Erfolgsaussicht gegeben ist Bei der Erstattung von stationären Maßnahmen werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zugrunde gelegt (abzgl. Selbstbeteiligung).

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Kinderwunschbehandlung nicht ausgeschlossen	 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, die erteilt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung hinaus folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind: - bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die nur mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - die Frau hat zum Zeitpunkt der Behandlung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, - die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung), - die Behandlung entspricht deutschem Recht, - vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt. Tarifflich erstattet werden bis zu 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatischen Spermieninjektion (einschl. der dabei erforderlichen IVF), intratubaren Gametentransfer (hiervon max. 2 Versuche).	 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kinderwunschbehandlungen (künstliche Befruchtung), wenn - bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität besteht, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die Kinderwunschbehandlung gegeben ist, - die Behandlung bei Ehepaaren/Partnern in eheähnlicher Lebensgemeinschaft durchgeführt wird, - eine Befruchtung ausschließlich mit Ei- und Samenzellen des Ehepaares/des Partners in eheähnlicher Gemeinschaft (homologe Befruchtung) erfolgt. Folgende Maßnahmen zählen hierbei zu einer künstlichen Befruchtung: Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie die hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln. Besteht für die Behandlung des nicht bei der INTER versicherten Ehe- oder Lebenspartners ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. GKV oder PKV), sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.	 Versichert sind Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann, - die Behandlung im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, erfolgt und - eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15% besteht. Der Versicherer empfiehlt eine Klärung der Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Hinweis: Versichert sind auch die Kosten für Insemination und Lagerung von Ei- und Samenzellen, wenn z. B. bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).	 Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind versichert, wenn - bei Behandlungsbeginn die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein durch künstliche Befruchtung überwunden werden kann und - die Behandlung bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht und - nur Ei- und Samenzellen der jeweiligen Paare verwendet werden. Erstattungsfähig sind während der gesamten Vertragslaufzeit bis zu 8 Inseminationen sowie 8 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI. Hat eine an der Behandlung beteiligte, aber nicht bei uns versicherte Person einen Anspruch auf Leistung bei einem anderen Kostenträger, müssen nur die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers (z. B. GKV) verbleibenden Kosten erstattet werden. Der Versicherer empfiehlt zur Vermeidung möglicher Leistungskürzungen, vorab Art und Umfang der Behandlung über ihn zu klären.	 Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung sind nach vorheriger schriftlicher Zusage max. 4 Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren erstattungsfähig, wenn - bei der versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität vorliegt, - eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit besteht und - die zu behandelnde weibliche Person zum Behandlungsbeginn noch keine 41 Jahre alt ist. Hat der Versicherer Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren, die bereits zu 2 Geburten geführt haben, erbracht, werden keine weiteren Versuche vergütet. Ein möglicher Erstattungsanspruch für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger wird angerechnet. Hinweis: auch mitversichert: Aufwendungen für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe und dazugehörige ärztliche Leistungen (gem. GOÄ), sofern die versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft künstlich herbeizuführen; max. Alter zu Beginn der Kryokonservierung: 40 Jahre.	 Künstliche Befruchtung ist zu 100% erstattungsfähig, sofern - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und - eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht. Ein Leistungsanspruch besteht für: - bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF). Besteht für den Partner der versicherten Person bei einem anderen Kostenträger (z. B. GKV, PKV) Anspruch auf Leistungen, werden nur die nach Vorleistungen verbleibenden Aufwendungen erstattet.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
	Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist. Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die o. g. erfüllt sind. Leistungsansprüche der versicherten Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. Staat, GKV) haben Vorrang und werden angerechnet. Hinweis: auch mitversichert, nach vorheriger schriftlicher Zusage: Aufwendungen* für eine einmalige Kryokonservierung, wenn der Versicherte eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung beanspruchen könnte. * Vorbereitung, Entnahme, Aufbereitung, Transport, Einfrieren, Lagerung (nur, solange ein Leistungsanspruch für eine tarifliche Kinderwunschbehandlung besteht), späteres Auftauen von Ei- bzw. Spermazellen oder Keimzellgewebe					

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- Zusatzleistungen bei Entbindung?	  Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung eine Geburtspauschale von 600 EUR zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen gezahlt. Hinweis: Pauschale bei Hausgeburt	 „Beitragsbefreiung“ für die versicherte Person (VP), die im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) Elterngeld* bezieht - für max. 6 Monate - die VP ist zum Zeitpunkt der Geburt seit mind. 12 Monaten im Tarif JABest versichert - Elterngeldbescheid ist vorzulegen * Monate, in denen der VP anzurechnende Leistungen (z.B. Mutterschaftsgeld) zustehen, gelten als Monate, für die die berechnete Person Elterngeld bezieht Kann Elterngeld nur deshalb nicht bezogen werden, weil die gesetzlichen Einkommensgrenzen überschritten werden, wird die Leistung gewährt, wenn nach den für Geburten oder Adoptionen vor dem 01.04.2024 geltenden Einkommensgrenzen (§ 1 Abs. 8 BEEG) ein Anspruch auf Elterngeld bestanden hätte. Es sind geeignete Nachweise über die Erfüllung des Elterngeldanspruchs im Übrigen vorzulegen.	 Beitragsbefreiung für max. 6 Monate, wenn die versicherte Person Elterngeld bezieht und sie zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs unmittelbar zuvor mindestens 8 Monate im Tarif VHV+ versichert ist. Bei einer Hausentbindung (muss ausdrücklich als solche in der Rechnung bezeichnet werden) wird einmalig eine Pauschale von 500 EUR gezahlt. Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden erstattet, sofern nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft und Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann (bis zu 10 EUR pro Stunde, max. 75 EUR pro Tag für bis zu 90 Tage).	Keine Beitragsfreiheit/Zusatzleistung nach Entbindung.	Keine Beitragsfreiheit nach Entbindung.	 Prem Zahn-U, VA6-U: Beitragsbefreiung a) während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld (ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen) b) bis zu 6 Monate in den Fällen, in denen die versicherte Person (VP) nur aufgrund einer Überschreitung der Einkommensgrenzen (§ 1 Abs. 8 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)) keinen Anspruch auf Elterngeld hat, ein Anspruch auf Elterngeld nach den bis zum 31.03.2024 geltenden Einkommensgrenzen im Übrigen aber bestanden hätte (Antragstellung innerhalb von 3 Monaten, nachdem die Anspruchsvoraussetzungen für einen Elterngeldbezug erstmalig vorgelegen hätten; Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit müssen innerhalb dieser Frist durch geeignete Unterlagen nachgewiesen werden) c) gilt nur für die VP, die nach a) Elterngeld bezieht bzw. nach b) hätte beziehen können; sie ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat. VA6-U: 500 EUR Pauschale bei häuslicher Entbindung (bei Mehrlingsgeburten entsprechend das Vielfache).

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
- digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) mitversichert	Erstattungsfähig sind Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die im entsprechenden Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthalten sind, bis zu den dort genannten Preisen, sofern der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet oder der Versicherer vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat. Andere DiGA werden im Versicherungsfall zu 80% bis max. 1.600 EUR p. a. erstattet (nur nach vorheriger Zusage). max. Nutzungsdauer: 12 Monate, darüber hinaus ist eine neue Verordnung bzw. Zusage erforderlich Der Versicherer darf die DiGA auch selbst zur Verfügung stellen. Übernommen werden ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der DiGA; keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten. Eine DiGA muss ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (I oder IIa) sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die in den Tarifbedingungen genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA**), die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig*, wenn sie von niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten (auch in MVZ), approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis oder von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen verordnet wurden. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Herstellern für DiGA; Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen. DiGA, die nicht im Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber von o. g. Leistungserbringern verordnet wurden und über Kooperationspartner des Versicherers angeboten werden, sind ebenfalls erstattungsfähig*. Die Kosten werden je Verordnung für max. 12 Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung (s. o.) erforderlich. * zu 100% ** = Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen	Die Kosten für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen* (DiGA) werden erstattet, wenn die DiGA - von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder - durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird. Kosten für den Gebrauch der DiGA (z. B. Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig. * Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen	Erstattungsfähig sind von Ärzten oder psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (oder Heilpraktikern) verordnete digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), die - im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind - nicht in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden, wenn sie die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person unterstützen und einen Nachweis für positive Versorgungseffekte erbracht haben. ** zertifizierte Medizinprodukte, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei der versicherten Person oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen DiGA - werden je Verordnung für max. 12 Monate erstattet; danach neue Verordnung erforderlich. - dürfen auch vom VR selbst (anstelle des Aufwendungsersatzes) zur Verfügung gestellt werden. - muss der Versicherte nicht über den Versicherer beziehen. - werden zu den zwischen Anbieter und PKV-Verband vereinbarten Vergütungsbeträgen erstattet (bzw. Erstattung der Kosten, die nach §134 SGB V mit der GKV vereinbart wurden); ohne Vereinbarungen werden die tatsächlichen Kosten vergütet.	Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen*, wenn sie von einem in den Bedingungen genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten verordnet worden oder im gesetzlichen Verzeichnis (nach § 139 e SGB V) enthalten sind oder der Versicherer die Erstattungsfähigkeit anerkannt hat, weil er die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der versicherten Person als sinnvoll erachtet. * Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung; ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen. Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden (z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien) sind nicht erstattungsfähig.	Prem Zahn-U, VA6-U: Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGA), sofern diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgeführt sind (oder nur deshalb nicht im Verzeichnis stehen, weil ihre Risikoklasse diejenige nach § 33a SGB V übersteigt) und von Ärzten, Zahnärzten, (ärztlichen) Psychotherapeuten oder Heilpraktikern verordnet werden: - bis zu den zwischen dem Anbieter der DiGA und dem PKV-Verband vereinbarten Vergütungsbeträgen (über Dritte bezogene – höhere – Aufwendungen: Begrenzung auf 30% der zuvor genannten Vergütung) - anderenfalls: bis zur Höhe, wie sie der Anbieter als Vergütung von einer deutschen GKV verlangen kann - in allen anderen Fällen: bis zum tatsächlichen Vergütungsbetrag. Der Versicherer ist berechtigt, die DiGA selbst zur Verfügung zu stellen; der Versicherte ist nicht verpflichtet, die DiGA über ihn zu beziehen. * zertifizierte Medizinprodukte, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und Schwangerschaft oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. DiGA werden denjenigen Leistungen zugerechnet, für die sie verordnet wurden. Umfang/Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen.
		nicht erstattungsfähig: - Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten - Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom BfArM nach § 78a Abs. 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind.		Keine Erstattung - von DiGA, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind - für Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA (z. B. Anschaffung/Betrieb mobiler Endgeräte/PCs einschl. Internet-, Strom- und Batteriekosten); Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software.		Keine Erstattungspflicht für Aufwendungen, die durch den Gebrauch von DiGA entstehen (z. B. Anschaffungskosten für Smartphone/PC, Stromkosten, Batterien). Hinweis: VA6-U: DiGA für den ambulanten Bereich!

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Allgemeines - Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten bei Neuabschluss?	Kein genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Bei Übertritt aus GKV oder PKV oder Vorlage eines ärztl. Untersuchungsberichtes können die Wartezeiten entfallen.	Bei Neuabschluss wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet. Hinweis: Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die allgemeine Wartezeit von drei Monaten und (für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) die besonderen Wartezeiten von acht Monaten; sie entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.	Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	Wartezeiten bestehen nicht.	Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.	Genereller Verzicht auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaliger Versicherung.
- bedingungsgemäße Klarstellung hinsichtlich angeborener Anomalien/Geburtsschäden?	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, umfasst der Versicherungsschutz auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen).	Ja, für Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.	Der Versicherer versichert im Rahmen der Kindernachversicherung das Neugeborene wie geboren.
- garantiertes Recht auf Umwandlung bei Beendigung der Vollversicherung in eine gleichwertige Zusatzversicherung?	Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt.	Das Recht zur Umwandlung der Voll- in eine Zusatzversicherung ist ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten vertraglich geregelt (sofern kein höherwertiger Versicherungsschutz beantragt wird).	Versicherte Personen haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.
- Ausschluss Krieg/Terror (§5 1.a MB/KK)?	Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei Kriegseignissen im Ausland, wenn a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegseignissen im Sinne des § 5 (1)a) MB/KK 2009.	Für Kriegseignisse im Ausland besteht Leistungspflicht, sofern - bei der Einreise der versicherten Person keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet bestand oder - eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das Aufenthaltsgebiet nach der Einreise ausgesprochen wurde, die versicherte Person aber durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.	Ja. Keine Leistungspflicht besteht bei Kriegseignissen nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegseignissen. Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet. Leistungen anderer Kostenträger werden angerechnet.	Ja. Leistungspflicht besteht für Folgen von Kriegseignissen außerhalb Deutschlands, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Aufenthalts im Ausland keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. Durch Terrorereignisse verursachte Krankheiten und Folgen eines Unfalls sind weltweit versichert. Für durch Kriegseignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte Krankheiten sowie deren Folgen und Folgen von Unfällen und Todesfälle wird nicht geleistet.	Für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen und Todesfälle, die durch Kriegseignisse verursacht worden sind, besteht Leistungspflicht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegseignisses überrascht* wird und aus Gründen**, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen. z. B.: * das deutsche Auswärtige Amt hat für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung oder erst während der Reise eine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht ** wenn das Gebiet nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen werden kann Bei terroristischen Anschlägen wird ebenfalls geleistet.	Unter bestimmten Voraussetzungen besteht Leistungspflicht auch für solche Krankheiten einschließlich Folgen & für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegseignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden. Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegseignisse zurückzuführen sind, wird geleistet (abzgl. evtl. Vorleistung anderer Kostenträger).
Allgemeines - wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem Versicherungsbeginn laut Versicherungsschein.	Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	Der Vertrag wird in der Regel für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.	Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.

Leistungsvergleich Sonstiges

	 MAS.Bonus URZ PVN	 JABest PVN	 VHV1A+ PVN	 AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	 Ärzte Best 100 PVN	 VA6-U Prem Zahn-U PVN
Monatsbeitrag:	975,53 €	909,14 €	1.041,88 €	840,75 €	847,33 €	744,22 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	94 %	94 %	94 %	97 %	82 %	85 %
Sonstiges		✔ Serviceleistungen: Medizinische Informationen (zu z. B. allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, geplanten Krankenhausaufenthalten), Unterstützung und Betreuung (durch z. B. Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten, Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Einholen einer Zweitmeinung), Betreuung bei Auslandsreisen (z. B. 24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern, Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus). Außerdem bietet das INTER Gesundheitsmanagement über das Service Center auf Wunsch weitere Beratungs- und Organisationsleistungen: Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln / Betreuung und Organisation von Therapie und Pflege sowie Hilfe bei der Gestaltung des Umfelds des Patienten bei schweren Erkrankungen.	✔ Beitragsbefreiung - bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit - ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts für die weitere Verweildauer bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthalts (jedoch nicht bei Anschlussheilbehandlungen sowie bei Aufhalten, die schwerpunktmäßig Rehabilitations- oder Kurcharakter haben)	✔ Der Versicherer bietet Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall, beispielsweise medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen), zu finden unter: www.sdk.de.	✔ - Pflege-Pauschale von einmalig 3.000 EUR ab Pflegegrad 3 - Vorsorge-Pauschale gem. tariflichem Verzeichnis, sofern kein anderer Aufwendersatz - Vermittlung von Spezialisten bei Feststellung bestimmter Diagnosen gem. Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs MB (z. B. Aortenaneurysma, Karotisstenose, Arthropathien, MS, Bronchialkarzinom, Magenkarzinom) - kostenlose Beratung bei möglichen Behandlungsfehlern	✔ Medizinischer Service ist Vertragsbestandteil - u. a.: telefonische Gesundheitsberatung, Infos zu Medikamenten, Vorsorge, Nennung von Leistungserbringern, Hilfe bei Terminvereinbarung bei Ärzten. Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz.

Analyse Krankenversicherung

Beitragshistorie

Die folgende Tabelle zeigt die Beitragshistorie der vorgeschlagenen Tarife am Beispiel eines 35 jährigen Mannes.

Jahr	Hallesche MAS.Bonus URZ PVN	Inter JABest PVN	Barmenia VHV1A+ PVN	Süddeutsche SDK AM10 (Ärzte) S1 (Ärzte) Z9 PPN	Allianz Ärzte Best 100 PVN	AXA - DBV VA6-U Prem Zahn-U PVN
2013	535,48 €		469,07 €		499,42 €	438,27 €
2014	535,48 €		469,07 €		499,42 €	438,27 €
2015	555,91 €		498,20 €		508,60 €	438,27 €
2016	555,91 €	553,40 €	498,20 €		508,60 €	438,27 €
2017	552,32 €	553,40 €	498,20 €	576,67 €	508,60 €	510,34 €
2018	588,49 €	561,17 €	532,03 €	576,67 €	508,60 €	510,34 €
2019	588,99 €	561,17 €	532,03 €	576,67 €	508,60 €	510,34 €
2020	588,99 €	561,17 €	554,29 €	576,67 €	527,93 €	531,78 €
2021	618,54 €	561,17 €	621,54 €	586,76 €	527,93 €	531,78 €
2022	618,54 €	561,17 €	621,54 €	586,76 €	527,93 €	593,88 €
2023	618,54 €	561,17 €	621,54 €	586,76 €	581,05 €	593,88 €
2024	618,54 €	618,71 €	696,67 €	586,76 €	581,05 €	593,88 €
2025	702,27 €	643,30 €	786,95 €	631,27 €	611,90 €	595,37 €